



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

I. DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | | | | |
|---|---------------|------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|-----|------------|---|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | | | | |
| Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | | | | |
| Provincia | | Teléfono | | | | | | |
| Documento de Identidad | Tipo | Número | Tipo asegurado (Ver Tabla 1) | N° Autogenerado | Permanencia Laboral | | | Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Fecha Ingreso | Día | | | Mes | Año | Fecha Cese | |
| Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.) | | | | | | | | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | |
| S/. | | S/. | | S/. | | S/. | | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | |
| S/. | | S/. | | S/. | | S/. | | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año | |
| S/. | | S/. | | S/. | | S/. | | |

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

| | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|-------|-----|-----|
| Tipo de Prestación Económica | | | | | Banco | | |
| Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> | Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/> | Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/> | Lactancia <input type="checkbox"/> | Sepelio <input type="checkbox"/> | | | |
| Fecha de Nacimiento del lactante | Día | Mes | Año | Fecha de Fallecimiento del asegurado | Día | Mes | Año |

III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--|------------------------|--|
| Nombre o Razón Social | | Teléfono | | Documento de Identidad | |
| | | | | Tipo | |
| | | | | Número | |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| Provincia | | | | | |

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | |
|--|--|------------------------|--|
| DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio) | | | |
| Apellidos y Nombres o Razón Social | | Teléfono | |
| | | | |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | |
| Distrito | | Provincia | |
| DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia) | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombres | | DNI | |
| | | N° Autogenerado | |

Firma y Sello del Representante Legal
de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujeta a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio; como Beneficiario que acredito los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado
(de ser el caso)

N° L.E./ D.N.I.

Nombres y Apellidos :

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

USUARIO



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

I. DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | |
|---|------|------------------------|------------------------------|-----------------|---|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | |
| Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| Provincia | | Teléfono | | | |
| Documento de Identidad | Tipo | Número | Tipo asegurado (Ver Tabla 1) | N° Autogenerado | Permanencia Laboral |
| Fecha Ingreso | | Día | Mes | Año | Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha Cese | | | | | |
| Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.) | | | | | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|----------------------------------|-----|--------------------------------------|--|--|
| Tipo de Prestación Económica | | | | | | Banco | | |
| Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> | Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/> | Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/> | Lactancia <input type="checkbox"/> | Sepelio <input type="checkbox"/> | | | | |
| Fecha de Nacimiento del lactante | | | Día | Mes | Año | Fecha de Fallecimiento del asegurado | | |
| | | | | | | | | |

III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--|------------------------|--|
| Nombre o Razón Social | | Teléfono | | Documento de Identidad | |
| | | | | Tipo | |
| | | | | Número | |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| | | | | Provincia | |

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | | | |
|--|--|------------------------|----------|-----------|------------------------|
| DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio) | | | | | |
| Apellidos y Nombres o Razón Social | | | Teléfono | | Documento de Identidad |
| | | | | | Tipo |
| | | | | | Número |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| | | | | Provincia | |
| DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia) | | | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | |
| | | | | | |
| DNI | | N° Autogenerado | | | |
| | | | | | |

Firma y Sello del Representante Legal
de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio; como Beneficiario que acredito los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado
(de ser el caso)N° L.E. / D.N.I.
Nombres y Apellidos :

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

I. DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | |
|---|------|------------------------|------------------------------|-----------------|---|
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | Nombres | |
| Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| Provincia | | Teléfono | | | |
| Documento de Identidad | Tipo | Número | Tipo asegurado (Ver Tabla 1) | N° Autogenerado | Permanencia Laboral |
| Fecha Ingreso | | Día | Mes | Año | Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Fecha Cese | | | | | |
| Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.) | | | | | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |
| Mes | Año | Mes | Año | Mes | Año |
| S/. | | S/. | | S/. | |

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|-----|-------|-----|--|
| Tipo de Prestación Económica | | | | | | Banco | | |
| Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/> | Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/> | Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/> | Lactancia <input type="checkbox"/> | Sepelio <input type="checkbox"/> | | | | |
| Fecha de Nacimiento del lactante | Día | Mes | Año | Fecha de Fallecimiento del asegurado | Día | Mes | Año | |

III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--|------------------------|--|
| Nombre o Razón Social | | Teléfono | | Documento de Identidad | |
| | | | | Tipo | |
| | | | | Número | |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | | Distrito | |
| Provincia | | | | | |

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

| | | | |
|--|--|------------------------|--|
| DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio) | | | |
| Apellidos y Nombres o Razón Social | | Teléfono | |
| | | | |
| Dir.: Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza | | N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote | |
| Distrito | | Provincia | |
| DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia) | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | |
| Nombres | | DNI | |
| | | N° Autogenerado | |

Firma y Sello del Representante Legal
de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el periodo subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio; como Beneficiario que acredito los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado
(de ser el caso)

N° L.E./ D.N.I.

Nombres y Apellidos:

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD