



SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040
(versión 01)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NÚMERO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO		
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

PAGO DIRECTO REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA		Nº DIAS: MONTO S/
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO		

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS	Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS	Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA BOLETA DE VENTA RECIBO POR HONORARIOS

Empresa emisora			Comprobante Pago			
RUC	Razón Social		Serie	Nº	F. Emisión	Importe S/
					DD/MM/AA	
					DD/MM/AA	

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.
 C. Los gastos del asegurado titular fallecido:

- **NO** han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.
- **NO** corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

 D. El asegurado titular falleció por:

Muerte Natural () Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()

Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

- El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.
- Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/.....
 (.....importe en letras.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI NO INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI NO

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: _____	Firma del Asegurado o Beneficiario Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: _____	Firma y Sello de EsSalud Nº de NIT o EXP.: Se adjunta _____ folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a
 con DNI N° en representación de mi persona.

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NÚMERO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO		
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:
 PAGO DIRECTO REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA		Nº DIAS: MONTO S/
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO		FECHA DE CESE: DD/MM/AA

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS	Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS	Nº C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		Nº DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA BOLETA DE VENTA RECIBO POR HONORARIOS

Empresa emisora			Comprobante Pago		
RUC	Razón Social		Serie	Nº	Importe S/
					DD/MM/AA
					DD/MM/AA

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.
 C. Los gastos del asegurado titular fallecido:
 • **NO** han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.
 • **NO** corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
 D. El asegurado titular falleció por:
 Muerte Natural () Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()
 Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

- El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.
- Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/.....
 (.....importe en letras.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI NO INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI NO

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: <input type="text"/>	Firma del Asegurado o Beneficiario Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: <input type="text"/>	Firma y Sello de EsSalud Nº de NIT o EXP.: Se adjunta <input type="text"/> folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a
 con DNI N° en representación de mi persona.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040

¿Cuándo utilizo este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

¿Cómo lleno el formulario?

I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de ASEGURADO TITULAR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- DNI Carnet de Extranjería Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del EMPLEADOR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- RUC CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* **Obligatorio**).

II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO Sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del BENEFICIARIO: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- DNI Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* **Obligatorio**).

En caso de PARENTESCO (familiar directo), marcar con un aspa según corresponda

- Cónyuge Concubina(o) Hermano (a) Padres Otro (precisar el parentesco) Tercero.
- **En caso de marcar tercero** consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma.

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: Lactancia Sepelio Incapacidad Temporal Maternidad

- De marcar **maternidad** señalar si corresponde a Primera armada Segunda armada, o Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA:** día/mes/año
Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor). Maternidad: (Fecha de inicio del descanso de maternidad)
Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado) Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)
- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE:** día/mes/año.
- Indicar **PERIODO SUBSIDIADO:** **INICIO:** día/mes/año **FIN:** día/mes/año -Indicar **DIAS** a Subsidiar
- Indicar **MONTO:** Importe sin céntimos con redondeo al sol si es igual o mayor a 0.50.
- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE,** marcar con un aspa si es Privado o Público.

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En 20 PRIMEROS DÍAS (*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados: Número de Colegio Médico, periodo de descanso **DEL:** día/mes/año **AL:** día/mes/año; y N° de días.

*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En SEPELIO: marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- Factura Boleta de Venta Recibo por Honorarios.
- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, Importe
- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de DECLARACION BAJO JURAMENTO: consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

Seguro Complementario de Riesgo(SCTR): marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

Incapacidad o fallecimiento causado por terceros: marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

En el recuadro de DIRECCION DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR: Se debe indicar la dirección del asegurado(a) si es pago directo, si corresponde al reembolso se registra la dirección del empleador, para el caso de la prestación de sepelio indicar la dirección del beneficiario.

RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad): Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO: Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el tramite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.