

## DECLARACIÓN JURADA PARA LA INSCRIPCIÓN Y BAJA DE DERECHOHABIENTES

(En caso no cuente con la copia del documento señalado como requisito)  
(Inscripción / bajas)

Yo, ....., con documento de identidad: DNI  C.E.  OTRO (Especificar)  .....; N°....., en mi condición de: Madre  Padre  Curador  Cónyuge  Concubino (a) (En caso de cese de la relación de concubinato)  ; al no contar con el requisito exigido en el TUPA de ESSALUD, declaro bajo juramento lo siguiente:

*(Solo complete la información solicitada según el trámite a realizar)*

INSCRIPCIÓN (ALTA)	
<b>Matrimonio Civil</b>	(Marcar con x)
a) Fecha de realización del matrimonio civil: DD/MM/AAAA	
b) Municipalidad donde se realizó el matrimonio civil:	
<b>Evaluación médica de incapacidad total y permanente para el trabajo del hijo mayor de edad, con dictamen médico emitido por ESSALUD</b>	(Marcar con x)
✓ Hospital donde realizó la evaluación médica:.....	
✓ Fecha de evaluación médica: DD/MM/AAAA	
✓ Periodo de la incapacidad: Del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA	

BAJA	
<b>Disolución de vínculo matrimonial por resolución judicial, de alcaldía o notarial</b>	(Marcar con x)
a) Fecha de la disolución matrimonial: DD/MM/AAAA	
b) N° de expediente y juzgado donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
c) Municipalidad donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
d) Nombre y ubicación de la notaría donde se realizó el trámite de disolución matrimonial:	
<b>Cese de la relación de unión de hecho o concubinato</b>	(Marcar con x)
Fecha de cese de concubinato: DD/MM/AA	
<b>Por fallecimiento</b>	(Marcar con x)
Fecha del fallecimiento: DD/MM/AA	

Declaro que la información consignada es verdadera, sujeta al principio de presunción de veracidad, dispuesto el numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado - TUO de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, por lo que, en caso de falsedad, asumo las consecuencias administrativas, civiles y/o penales a que hubiera lugar.

Asimismo, de comprobarse falsedad, declaro tener conocimiento que ESSALUD se encuentra facultado para imponer una multa, entre cinco (05) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias - UIT, en aplicación del numeral 34.3 del artículo 34° del TUO de la Ley N° 27444.

FIRMA: .....

FECHA: DD/MM/AAAA

