

SOLICITUD DE PAGO POR LACTANCIA

Tabla N° 01

TIPO	DOCUMENTO
1	DNI
2	Carné de extranjería

A llenar por ESSALUD

N° Exped.

Fecha de pago

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres										
<table border="1"> <tr> <td>Documento de identidad (ver Tabla N° 01)</td> <td>Tipo</td> <td>Número</td> <td>Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con x)</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Documento de identidad (ver Tabla N° 01)	Tipo	Número	Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con x)	SI					
Documento de identidad (ver Tabla N° 01)	Tipo	Número	Asegurado titular Cuenta con Vínculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con x)	SI								

II. DATOS DE LA MADRE (No llenar en caso de ser Asegurada Titular)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres								
<table border="1"> <tr> <td>Documento de identidad (ver Tabla N° 01)</td> <td>Tipo</td> <td>Número</td> <td>MONTO A SUBSIDIAR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>S/</td> </tr> </table>			Documento de identidad (ver Tabla N° 01)	Tipo	Número	MONTO A SUBSIDIAR				S/
Documento de identidad (ver Tabla N° 01)	Tipo	Número	MONTO A SUBSIDIAR							
			S/							

III. DATOS DEL RECIEN NACIDO (Consignar N° CUI cuando CNV es manual)

Fecha Nacimiento	Día	Mes	Año	N° CUI

IV. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES

Firma del Asegurado Titular () o Madre Derechohabiente () o Tutor ()

V. CASOS ESPECIALES (Marcar con x)

Seguro Potestativo	
Agrario Independiente	
Madre Fallecida	
Madre Menor de Edad	
Madre Incapaz	

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones administrativas y pecuniarias a que hubiere lugar.

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD

SOLICITUD DE PAGO POR LACTANCIA

Tabla N° 01

TIPO	DOCUMENTO
1	DNI
2	Carné de extranjería

A llenar por ESSALUD

N° Exped.

Fecha de pago

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Documento de identidad (ver Tabla N° 01)		Tipo	Número	Asegurado titular Cuenta con Vinculo Laboral a la fecha de nacimiento de su menor hijo (marcar con x)	
				SI	

II. DATOS DE LA MADRE (No llenar en caso de ser Asegurada Titular)

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres	
Documento de identidad (ver Tabla N° 01)		Tipo	Número	MONTO A SUBSIDIAR	
				S/	

III. DATOS DEL RECIEN NACIDO (Consignar N° CUI cuando CNV es manual)

Fecha Nacimiento	Día	Mes	Año	N° CUI

IV. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES

Firma del Asegurado Titular () o Madre Derechohabiente () o Tutor ()

V. CASOS ESPECIALES (Marcar con x)

Seguro Potestativo	
Agrario Independiente	
Madre Fallecida	
Madre Menor de Edad	
Madre Incapaz	

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente documento son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones administrativas y pecuniarias a que hubiere lugar.

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

USUARIO

