EsSalud

SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040
(versión 01)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE | NÚMERO

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES

DATOS DEL EMPLEADOR: ☐ RUC ☐ 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: ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA | NÚMERO

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

CORREO ELECTRÓNICO: | TELÉFONO CONTACTO:

PARENTESCO (familiar directo): ☐ CÓNYUGE ☐ CONCUBINO(A) ☐ HERMANO(A) ☐ PADRES ☐ OTRO: ..... ☐ 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: ☐ LACTANCIA ☐ SEPELIO ☐ INCAPACIDAD TEMPORAL ☐ MATERNIDAD: 1RA ( ) 2DA ( ) TOTAL ( )

ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: ☐ SI ☐ NO | FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA | FECHA DE CESE: DD/MM/AA

PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA FIN DD/MM/AA | N° DIAS: | MONTO S/

LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: ☐ PRIVADO ☐ PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

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

N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° 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	N°	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	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de EsSalud
Tipo Doc.: **DNI** ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ Número:	Tipo Doc.: **DNI** ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ Número:	**N°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.

ESSALUD

Hospital Regional LAMBAYEQUE
Tu salud, nuestra razón de ser.

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE

- **ADJUNTAR**, **FIRMAR** y **PRESENTAR** en la Oficina de Bienestar de Personal del Hospital Regional Lambayeque a fin de realizar tramite lo siguiente:

MATERNIDAD

- ✓ ORIGINAL DEL CITT
- ✓ 04 COPIA DEL CITT
- ✓ COPIA DEL DNI
- ✓ 02 ANEXOS (firmados)

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

- ✓ ORIGINAL DEL CITT
- ✓ 02 COPIAS DEL CITT
- ✓ COPIA DEL DNI
- ✓ 04 ANEXOS (firmados)

NOTA: CITT (CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO) EMITIDO POR ESSALUD

BIENESTAR DE PERSONAL