

# Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud

## DECRETO SUPREMO

Nº 012-2019-TR

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, mediante el artículo 10 de la Constitución Política del Perú, el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida;

Que, el artículo 29 del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 020-2014-SA y modificatoria, dispone que todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y semicontributivo;

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud y modificatorias, señala que ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante el artículo 5 de la Ley Nº 29816, Ley de Fortalecimiento de la SUNAT y modificatorias, se estableció que la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria, tiene por función administrar, aplicar, fiscalizar y recaudar los tributos internos del Gobierno Nacional con excepción de los municipales, precisando que también podrá ejercer facultades de administración respecto de otras obligaciones no tributarias de ESSALUD, de acuerdo a lo que se establezca en los convenios interinstitucionales correspondientes;

Que, en el primer párrafo del artículo 2 de la Ley Nº 30183, Ley que regula los requisitos para la inscripción y atención de los derechohabientes del titular del seguro de salud, se establece que la inscripción se realiza a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador; y en su artículo 3 se indica que se debe proceder a la adecuación de procedimientos y formularios del Seguro Social de Salud;

Que, mediante el Decreto Legislativo Nº 1246, se aprueban diversas medidas de simplificación administrativa, las cuales se vienen implementando progresivamente facilitando la interoperabilidad entre diversos procesos y servicios que brindan las entidades de la Administración Pública, de manera gratuita y permanente, conforme a lo establecido en el artículo 2 de la referida norma;

Que, el artículo 2 del Decreto Legislativo Nº 1310, que aprueba medidas adicionales de simplificación administrativa y modificatoria, señala que las entidades del Poder Ejecutivo deben realizar un Análisis de Calidad Regulatoria de procedimientos administrativos establecidos en disposiciones normativas de alcance general, a fin de identificar, eliminar y/o simplificar aquellos que resulten innecesarios, ineficaces, injustificados, desproporcionados, redundantes o no se encuentren adecuados a la Ley del Procedimiento Administrativo General o a las normas con rango de ley que les sirven de sustento;

Que, el Decreto Supremo Nº 061-2019-PCM, aprobó el reglamento para la aplicación del Análisis de Calidad Regulatoria de procedimientos administrativos, establecido en el artículo 2 del Decreto Legislativo Nº 1310, citado precedentemente;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 109-2019-TR, se dispone la eliminación y simplificación de requisitos de un grupo de procedimientos administrativos a cargo del Seguro Social de Salud, entre otros, los relacionados con la inscripción, baja, modificación de datos de derechohabientes y cambio de adscripción temporal;

Que, el numeral 40.1 del artículo 40 del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, dispone que los procedimientos

administrativos, requisitos y costos se establecen exclusivamente mediante decreto supremo o norma de mayor jerarquía;

Que, de conformidad con el artículo 17 de la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, concordante con el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, dispone que el Seguro Social de Salud – ESSALUD, constituye una entidad administradora de fondos intangibles de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo;

Que, en razón de lo expuesto, resulta necesario aprobar disposiciones referidas a los procedimientos de registro de los asegurados del Seguro Regular y del Seguro de Salud Agrario Dependiente a que se refieren la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias; y de la Ley N° 27360, Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario y modificatorias; en concordancia con los principios de informalismo, eficacia y simplicidad previstos en el Artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS;

De conformidad con el numeral 8 del artículo 118 de la Constitución Política del Perú; el numeral 3 del artículo 11 de Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y modificatorias; la Ley N° 29381, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y modificatorias; y su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2014-TR y modificatoria;

DECRETA:

#### **Artículo 1.- Aprobación**

Apruébase el “Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud” que consta de catorce (14) artículos y dos (2) Disposiciones Complementarias Finales y dos Anexos denominados: “Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros” y “Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes”, cuyo texto forma parte integrante del presente Decreto Supremo.

#### **Artículo 2.- Publicación**

Publícase el presente decreto supremo y del “Reglamento de Inscripción, Baja, Modificación de Datos de Derechohabientes, Cambio de Adscripción Temporal y Disposiciones para la Baja de Oficio de Asegurados del Seguro Social de Salud” y sus anexos en el Portal Institucional del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo ([www.gob.pe/mtpe](http://www.gob.pe/mtpe)) el mismo día de su publicación en el Diario Oficial “El Peruano”.

#### **Artículo 3.- Refrendo**

El presente decreto supremo es refrendado por la Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los nueve días del mes de agosto del año dos mil diecinueve.

MARTÍN ALBERTO VIZCARRA CORNEJO

Presidente de la República

SYLVIA E. CÁCERES PIZARRO

Ministra de Trabajo y Promoción del Empleo

**REGLAMENTO DE INSCRIPCIÓN, BAJA, MODIFICACIÓN DE DATOS  
DE DERECHOHABIENTES, CAMBIO  
DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL Y  
DISPOSICIONES PARA LA BAJA DE OFICIO  
DE ASEGURADOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD  
TÍTULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

#### **Artículo 1.- Objeto**

El presente dispositivo tiene por objeto reglamentar los actos de inscripción, baja a iniciativa de parte, modificación de datos de los derechohabientes, cambio de adscripción temporal y de baja de oficio de asegurados del Seguro Regular y del Seguro de Salud Agrario Dependiente a que se refieren la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias y la Ley N° 27360, Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario y modificatorias.

#### **Artículo 2.- Referencias**

En el presente dispositivo toda referencia a “Ley N° 26790”, corresponde a la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y modificatorias; a la “Ley N° 27360” corresponde a la Ley que aprueba las Normas de Promoción del Sector Agrario y modificatorias; a “ESSALUD”, corresponde al Seguro Social de Salud; a “OSPE”, corresponde a las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de ESSALUD; a “EPS”, corresponde a Entidad Prestadora de Salud; a “RENIEC”, corresponde al Registro Nacional de Estado Civil; a “DNI”, corresponde al Documento Nacional de Identidad.

### **Artículo 3.- Ámbito de aplicación y alcance**

3.1 Las disposiciones contenidas en el presente reglamento son de alcance a los asegurados y entidades empleadoras en todo aquello que esté relacionado con la materia regulada en este.

3.2 No es aplicable la presente norma a los asegurados de los seguros potestativos y del Seguro de Salud Agrario Independiente, quienes se regulan por sus normas y contratos específicos.

3.3 Los procedimientos administrativos de inscripción, baja a iniciativa de parte, modificación de datos de derechohabientes, cambio de adscripción temporal y baja de oficio, son tramitados y resueltos por las OSPE de ESSALUD a nivel nacional, a través de la plataforma de atención al usuario o los diferentes canales de atención que disponga ESSALUD.

### **Artículo 4.- Legitimación del titular y del derechohabiente**

Las altas, bajas y modificaciones de datos son actos obligatorios de responsabilidad de la entidad empleadora. No obstante, si ésta no las realizase, pueden ser efectuadas por el titular o derechohabiente a que se refiere el artículo 3 de la Ley N° 26790.

### **Artículo 5.- Exigibilidad de requisitos**

5.1 Los requisitos establecidos en el presente reglamento, son exigibles en tanto no se puedan obtener a través de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1246, Decreto Legislativo que aprueba diversas medidas de simplificación administrativa.

5.2 Las solicitudes de inscripción, baja a iniciativa de parte, modificación de datos de derechohabientes y cambio de adscripción temporal a que se refiere el presente reglamento, se tramitan a través del “Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros”, el que está a disposición de los asegurados en las OSPE de ESSALUD a nivel nacional a través de la plataforma de atención al usuario o los diferentes canales de atención que disponga ESSALUD.

## **TÍTULO II DISPOSICIONES ESPECÍFICAS CAPÍTULO I**

### **Inscripción de asegurados derechohabientes**

#### **Artículo 6.- De la inscripción de asegurados derechohabientes**

Es el procedimiento administrativo a iniciativa de parte, por el que se reconoce la condición de derechohabiente del afiliado titular, con los efectos establecidos en la Ley N° 26790 y en la Ley N° 27360, así como en el presente reglamento y se tramita en la forma y condiciones establecidos en este capítulo. La autoridad competente de ESSALUD pone en conocimiento del afiliado titular y/o de la entidad empleadora, la inscripción realizada.

Cuando el afiliado titular se encuentre inscrito a una EPS, la inscripción del derechohabiente tiene eficacia para la cobertura que le corresponda en ESSALUD.

#### **Artículo 7.- Inscripción a iniciativa del afiliado titular o su derechohabiente**

La inscripción del derechohabiente puede ser solicitada por:

- a) El afiliado titular
- b) El (la) cónyuge
- c) El (la) concubino (a)
- d) El padre o madre que no tenga la condición de afiliado titular respecto del hijo menor de edad o hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.
- e) El tutor, respecto del hijo menor de edad o el curador respecto del hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.
- f) La madre gestante de hijo extramatrimonial, siempre que cuente con el documento de reconocimiento del padre afiliado titular.

#### **Artículo 8.- Del procedimiento administrativo de inscripción**

##### **8.1. Calificación del procedimiento**

El procedimiento administrativo de inscripción de derechohabiente es de aprobación automática.

##### **8.2. Requisitos para la inscripción**

a) Presentar el Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de estos, el tutor o curador, según corresponda.

b) Adjuntar la siguiente documentación complementaria:

##### **b.1) Para inscripción de cónyuge**

• **Por matrimonio celebrado en el país:**

Copia simple del acta o partida de matrimonio civil, con una antigüedad no mayor de seis (6) meses o Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado.

• **Por matrimonio celebrado en el extranjero:**

Copia simple del documento que acredite el matrimonio, cuyo original debe cumplir las siguientes particularidades, según corresponda:

- a) Si uno de los contrayentes es de nacionalidad peruana, el documento debe encontrarse inscrito en el RENIEC, o contar con el sello de la Apostilla de La Haya.
- b) Si los contrayentes son de nacionalidad extranjera, partida de matrimonio o su equivalente, legalizada por el consulado en el Perú del país donde se celebró el acto o que cuente con el sello de la Apostilla de La Haya.

En este caso, si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere además la traducción.

**b. 2) Para inscripción de concubino(a)**

Copia simple del documento de Reconocimiento de la Unión de Hecho, sea por resolución judicial o por escritura pública.

**b.3) Para inscripción de madre gestante de hijo extramatrimonial**

Copia simple de la escritura pública o del testamento que acredite el reconocimiento del concebido por el afiliado titular o de la sentencia de declaratoria de paternidad.

**b.4) Para inscripción de hijo menor de edad o hijo mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo**

- Copia simple de la partida o acta de nacimiento del hijo menor de edad o hijo mayor incapacitado en forma total y permanente para el trabajo; y,
- Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado, en el que se indique que cuenta con dictamen médico de incapacidad emitido por ESSALUD.

**Artículo 9.- Vigencia de la inscripción**

La inscripción de los derechohabientes se extiende a todo el período en que se mantenga la condición de tales y no se produzca la baja.

## **CAPÍTULO II**

### **Baja de asegurados derechohabientes**

**Artículo 10.- Baja de asegurados derechohabientes**

Es el procedimiento administrativo a iniciativa de parte, por el que se declara la extinción del derecho de cobertura del derechohabiente inscrito en los sistemas informáticos de ESSALUD, cuando se acredite que no tiene la condición de derechohabiente del afiliado titular.

Son causas de baja del derechohabiente:

1. Disolución del vínculo matrimonial.
2. Cese de la unión de hecho o concubinato.
3. Fallecimiento del afiliado titular o derechohabiente.

**Artículo 11.- Obligatoriedad de la baja de derechohabientes**

La baja es obligatoria para todos aquellos que tuvieron la condición de derechohabientes del afiliado titular, correspondiendo el cumplimiento de la obligación de solicitarla a los sujetos que se determinan en el artículo 7 del presente reglamento.

**11.1 Calificación del procedimiento**

El procedimiento administrativo de baja de derechohabientes es de aprobación automática.

**11.2 Requisitos para la baja**

a. Presentar el Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de éstos, el tutor o curador, según corresponda.

En caso de fallecimiento del derechohabiente ocurrido en el país, es suficiente la presentación del Formulario 1010 debidamente llenado y firmado por quien corresponda.

b. Adjuntar la siguiente documentación complementaria:

**b.1. Por disolución del vínculo matrimonial en el país**

Copia simple de la resolución judicial, resolución de alcaldía, o de la escritura pública que declara disuelto el vínculo matrimonial.

De no contar con los citados documentos, el administrado podrá presentar el Formato de Declaración Jurada para el Registro de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado.

**b.2. Por disolución del vínculo matrimonial en el extranjero**

Copia simple del documento donde conste la disolución del vínculo matrimonial, cuyo original se encuentre legalizado por el consulado en el Perú del país donde se emitió el documento, o cuente con el sello de la Apostilla de La Haya.

Si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere la traducción.

**b.3. Por cese de la relación de unión de hecho o concubinato**

Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes, debidamente llenado y firmado, en el que se señale la fecha de cese de relación de unión de hecho o concubinato.

**b.4. Por fallecimiento en el extranjero:**

Copia simple de la partida de defunción o su equivalente, cuyo original se encuentre legalizado por el consulado en el Perú del país donde falleció el derechohabiente o cuente con el sello de la Apostilla de La Haya.

Si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere la traducción.

### **CAPÍTULO III**

#### **Modificación de datos de derechohabientes**

**Artículo 12.- Modificación de datos de derechohabientes**

Es el procedimiento administrativo a iniciativa de parte, conducente a la variación de datos identificativos, domiciliarios o de estado civil, de los derechohabientes del afiliado titular.

La modificación de datos es comunicada por el afiliado titular o el derechohabiente, mediante la presentación del Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado.

**12.1 Calificación del procedimiento**

El procedimiento administrativo de modificación de datos es de aprobación automática.

**12.2 Requisitos para la modificación de datos**

Presentar el Formulario 1010 - Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre o en ausencia de éstos, el tutor o curador, según corresponda.

### **CAPÍTULO IV**

#### **Cambio de adscripción temporal del afiliado titular o derechohabientes**

**Artículo 13.- Cambio de adscripción temporal del afiliado titular o derechohabientes**

Es el procedimiento administrativo a iniciativa de parte, conducente al cambio de adscripción de un establecimiento de salud a otro de ESSALUD, cuando el afiliado titular o el derechohabiente se desplacen de manera temporal a una provincia o departamento distinto al de la dirección consignada en su DNI. Para el presente procedimiento, Lima Metropolitana y Callao se consideran una misma provincia. No se permite el cambio de adscripción temporal dentro de la misma provincia.

El cambio de adscripción temporal procede por motivos laborales, familiares, de salud u otros particulares. En el caso de desplazamientos por motivos distintos a los laborales, el cambio de adscripción procede por un período máximo de seis (6) meses en un año calendario.

**13.1. Calificación del procedimiento**

El procedimiento administrativo de cambio de adscripción temporal es de aprobación automática.

**13.2. Requisito para el cambio de adscripción temporal**

En caso de desplazamiento por motivos laborales, presentar el Formulario 1010- Formulario Único de Seguros, debidamente llenado y firmado por el empleador y el afiliado titular.

Para los demás casos, presentar el Formulario 1010, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular y cónyuge, concubino(a), padre, madre, tutor o curador, según corresponda.

### **TÍTULO III**

#### **BAJA DE OFICIO**

**Artículo 14.- Baja de oficio de afiliado titular y derechohabiente**

Es el procedimiento administrativo que ESSALUD inicia cuando, por los datos obrantes en el RENIEC y en ESSALUD, o como consecuencia de la verificación de la condición de asegurado u otros medios, se acredita que no tienen la condición de afiliado titular o derechohabiente, por lo que corresponde declarar la baja en los sistemas informáticos de ESSALUD.

14.1. Procede declarar la baja de oficio del afiliado titular por su fallecimiento.

14.2. Procede declarar la baja de oficio del derechohabiente, en las siguientes situaciones:

- a) Cuando el hijo adquiriera la mayoría de edad y no hubiera sido inscrito como derechohabiente en calidad de hijo mayor de edad incapacitado en forma total y permanente para el trabajo.
- b) Cuando la entidad empleadora hubiera registrado la baja del afiliado titular.
- c) Cuando el afiliado titular pierde tal condición.
- d) Cuando el afiliado titular no registre declaraciones a ESSALUD por la entidad empleadora en los últimos doce (12) meses.
- e) Por el fallecimiento del afiliado titular o del derechohabiente.

14.3. Procede declarar la baja de oficio de la madre gestante de hijo extramatrimonial del afiliado titular, cuando culmine el período de gestación, parto y puerperio.

## **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

### **FINALES**


#### **Primera.- Aprobación de formulario y formato**

Apruébase el Formulario 1010 – Formulario Único de Seguros y el Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes que, como Anexo 1 y Anexo 2, forman parte integrante del presente dispositivo, los cuales son de aplicación en los procedimientos administrativos de inscripción, baja, modificación de datos de derechohabientes y cambio de adscripción temporal.


#### **Segunda.- Adecuación de normas internas de ESSALUD**

En un plazo de noventa (90) días hábiles, ESSALUD adecúa sus normas internas según las disposiciones establecidas en el presente reglamento.

**ANEXO 1: Formulario 1010- Formulario Único de Seguros**


		<b>FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS</b>		Formulario 1010 [versión 06]	
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR</b>					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
<b>PROCEDIMIENTO DE:</b> <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) (SOLO PARA DERECHAHABIENTE) <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
<b>RELACIÓN CON EL TITULAR:</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL: (PARA TITULARES Y DERECHAHABIENTE)</b>					
Nueva dirección: _____			Período: Desde: DD / MM /AAAA Hasta: DD / MM /AAAA		
Departamento		Provincia		Distrito	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
<b>RELACIÓN CON EL TITULAR:</b> <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>DECLARACIÓN JURADA</b>					
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 la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. 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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se envíen al correo electrónico declarado en el presente formulario.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE			Firma del Declarante		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO			
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____					
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono fijo o Celular		Correo electrónico			
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)			Firma y Sello de EsSalud		

**ANEXO 1: Formulario 1010- Formulario Único de Seguros**

		<b>FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS</b>		Formulario 1010 [versión 06]	
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR</b>					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
PROCEDIMIENTO DE: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) (SOLO PARA DERECHAHABIENTE) <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL: (PARA TITULARES Y DERECHAHABIENTE)</b>					
Nueva dirección: _____			Periodo: Desde: DD / MM /AAAA		
_____			Hasta: DD / MM /AAAA		
Departamento		Provincia		Distrito	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>DECLARACIÓN JURADA</b>					
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 la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. 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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se envíen al correo electrónico declarado en el presente formulario.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE			_____		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			NÚMERO		
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____			_____		
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono fijo o Celular		Correo electrónico		_____	
_____			Firma del Declarante		
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)			Firma y Sello de EsSalud		



**ANEXO 1: Formulario 1010- Formulario Único de Seguros**

		<b>FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS</b>		Formulario 1010 [versión 06]	
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR</b>					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
<b>PROCEDIMIENTO DE:</b> <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) (SOLO PARA DERECHAHABIENTE) <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL: (PARA TITULARES Y DERECHAHABIENTE)</b>					
Nueva dirección: _____			Periodo: Desde: DD / MM /AAAA		
_____			Hasta: DD / MM /AAAA		
Departamento		Provincia		Distrito	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHAHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
<b>DECLARACIÓN JURADA</b>					
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 la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General. 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 a asumir la responsabilidad penal a que hubiera lugar. Igualmente, autoriza (n) que las notificaciones de actos administrativos, se envíen al correo electrónico declarado en el presente formulario.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NÚMERO	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____					
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono fijo o Celular		Correo electrónico		Firma del Declarante	
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)			Firma y Sello de EsSalud		

**ANEXO 2: Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes**

**DECLARACIÓN JURADA PARA LA INSCRIPCIÓN Y BAJA DE DERECHOHABIENTES**  
(En caso no coherente con la copia del documento sellado como respaldio)  
(Inscripción / bajas)

Yo, \_\_\_\_\_, con documento de  
Identidad: DNI  C.E.  OTRO (Especificar)  \_\_\_\_\_, en mi  
condición de: Madre  Padre  Durador  Cónyuge  Concubino (a) (En caso de cese de la relación de  
concubinato)  ; al no contar con el respaldio emitido en el TUPA de ESSALUD, declaro bajo juramento lo siguiente:

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

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

<b>BAJA</b>	
Disolución de vínculo matrimonial por resolución judicial, de alcaldía o notarial	(Marcar con x)
a) Fecha de la disolución matrimonial: DOMMMAAAA	
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:	
Cese de la relación de unión de hecho o concubinato	(Marcar con x)
Fecha de cese de concubinato: DOMMMAAAA	
Por fallecimiento	(Marcar con x)
Fecha del fallecimiento: DOMMMAAAA	

Declaro que la información consignada es verídica, sujeta al principio de presunción de veracidad, de acuerdo al 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.

Adicionalmente, 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: DOMMMAAAA