

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO**PROCEDIMIENTO DE:** ☐ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)  
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓNAPELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)  
.....DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

## PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:

(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: ..... Periodo: Desde: DD / MM / AAAA  
Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento

Provincia

Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)  
.....DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

## DECLARACIÓN JURADA

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.º 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 remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SÍ ☐ NOAPELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:  
.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) .....

NÚMERO

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ 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

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO**PROCEDIMIENTO DE:** ☐ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)  
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓNAPELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)  
.....DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

## PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:

(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: ..... Periodo: Desde: DD / MM / AAAA  
Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento

Provincia

Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)  
.....DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) ..... NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

## DECLARACIÓN JURADA

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.º 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 remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SÍ ☐ NOAPELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:  
.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

☐ DNI ☐ C. E. ☐ OTRO (Especificar) .....

NÚMERO

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ 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

USUARIO