

## SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040 (versión 01)

			$\overline{}$									
I. INFORM	ACIÓN DEL AS	SEGURADO TIT	ΓULAR									
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE  APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES												
									RES			
DATOS DEL E	MPLEADOR:	RUC		ISCRID EMDIFA	DOR TRABAJADO	OR DEL HOGAR	TH)		NÚN	1ERO		
CORREO ELEC		NOC		JOHNI LEA	DON MADAJADO	JK DEL HOOAK	1 .	CONTACTO:				
CORREGELEC	TRONICO:						TELEFONO	CONTACTO:				
II. INFORM	1ACIÓN DEL B	ENEFICIARIO S	sólo lactancia	madre derec	hohabiente o	sepelio (fami	liar directo)					
DATOS DEL B	ENEFICIARIO:	DNI	CARNET DE	E EXTRANJERÍA					NÚN	MERO		
	PRIMER A	APELLIDO			SEGUNDO A	APELLIDO			NOM	IBRES		
CORREO ELEC	CTRÓNICO:						TELÉFONO	CONTACTO:				
PARENTESCO	(familiar directo	o):	IYUGE	CONCUBINO(A	) HERM	ANO(A)	PADRES	OTRO:		ТЕ	RCERO	
	ENEFICIARIO ES	·, <u> </u>		00.10000(/.	,	,to(,,,	17151125					
0010 0:110		IAR QUE AUTORIZA			NÚMERO DE DOCUME	NTO DE IDENTIDAD						
			(	_						MA		
III. SOLICI	TUD DE PRE	STACIONES E	CONOMICA	\S:			_	PAGO DIRECTO REEMBOLSO				
SOLICITUD D	E PRESTACIÓN:	LACTAN	NCIA S	EPELIO	INCAPACIDAD	TEMPORAL		MATERNIDAD:	1RA ( )	2DA ( ) TO	OTAL ( )	
ASEGURADO TI	TULAR CON VÍNCU	JLO LABORAL A LA I	FECHA DE CONTIN	GENCIA:	SI NO	FECHA	CONTINGENCIA:	DD/MM/AA	FECH	A DE CESE: DD/N	1M/AA	
PERIODO SUE	SSIDIADO:	INICIO DD/MI	M/AA I	FIN DD/MM/	ΆA	N° DIAS:		MONTO	S/			
LLENADO SO	O POR TRABAJA	ADOR DOCENTE:	SEC	CTOR:	PRIVA	.DO	PÚBLIC	00				
IV INFOR	ΜΑCΙÓΝ CO	MPLEMENTA	ΔRIΔ									
				A DTICLU A D	EC V/O CITT)	SOLO INCA	DACIDAD TE	MDODAL				
ZU PKIIVIE	Ī		NIEDICOS F	AKTICULAK		SOLO INCAPACIDAD TI		IVIPORAL	Т			
NI <sup>0</sup> C NA D	_	DO DE ANSO	A10 D1 A C		1	DO DE ANSO	Nº DIAC		1	DDO DE CANSO	A10 D14C	
N° C.M.P			N° DIAS	N° C.M.P			N° DIAS	N° C.M.P		1	N° DIAS	
	DEL	AL			DEL	AL		1	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												
	os del compro	bante a reeml	holsar son:	FACTURA	□ BOI	LETA DE VEN	ΓΔ Γ	RECIBO POR HO	NORARIOS			
A. 103 dat	os dei compre		emisora	TACTORA		LIA DE VEIV						
	UC	Impresa		Social		Serie	N°	Comprobante Pago  F. Emisión Impo			auto C/	
, n	<u> </u>		Nazuii	Juciai		Serie	IV			Шрс	Importe S/	
								DD/MM/AA				
								DD/M	M/AA			
C. Los gas  NC  NC  pro  D. El aseg  Muerte	tos del asegur ) han sido cub ) corresponde ofesional. urado titular f e Natural	alleció por:	ecido: dades pública do obligatorio Muerte por A	s o privadas. del Seguro Co ccidente de Ti	omplementari rabajo o Enfer	o de Trabajo ( medad Profes	ional (	TR) fallecido po	or accidente d	le trabajo o en	fermedad	
sujeta al p Administra • Asimismo ocasionad Para Subsi	rincipio de vera ativo General 2 , tiene conocim os, así como as dio de Mater	icidad y fiscaliza 7444. niento que, de c sumir la respons rnidad o Incap	ción posterior e comprobarse fa sabilidad penal pacidad Temp	establecida en e alsedad en la de a que hubiere <b>poral.</b> Declare	el numeral 1.7 y eclaración, info lugar. o bajo jurame	1.16 del Artíon de de de la companion de la co	culo 4º del Tít umentación pr recibido de n	la presente decli tulo Preliminar d esentada, se en ni empleador e	del TUO de la cuentra obliga el importe de	do(a) a resarcir	dimiento los daños	
		d Empleadora						) como pa	ago de pres	taciones eco	nómicas,	
¿ESTÁ AFILIA			NO		APACIDAD O FAL	LECIMIENTO CA	AUSADO POR U	N TERCERO:	I l	NO		
DIRECCIÓN	DEL TITULAR,	BENEFICIARIO	O EMPLEADO	DR:								
USC	DE LA ENTID	AD EMPLEAD	ORA	LISO	DEL ASEGURA	DO O BENEEL	CIARIO		LISO DE	ESSALUD		
Fi Tipo D Nú	Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora  Tipo Doc.: DNI CE PASAPORTE  Número:				Firma del Asegurado o Beneficiario  Tipo Doc.: <b>DNI</b> CE PASAPORTE  Número:				Firma y Sello de EsSalud  N°de NIT o EXP.:  Se adjunta folios.			
Mediante la	presente se ai							resentación de				



## SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040 (versión 01)

			$\overline{}$									
I. INFORM	IACIÓN DEL AS	SEGURADO TI	TULAR									
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE							NÚMERO					
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO								NOMBRES				
DATOS DEL E	MPLEADOR:	RUC	CIE (COD IN	ISCRIP. EMPLEA	DOR TRABAJADO	OR DEL HOGAI	R TH)		NÚN	MERO		
CORREO ELEC	CTRÓNICO:						TELÉFONO	CONTACTO:				
II. INFORM	MACIÓN DEL B	ENEFICIARIO	sólo lactancia	madre derec	hohabiente o	sepelio (fam	niliar directo)					
	BENEFICIARIO:	DNI [	_	E EXTRANJERÍA			,		NÚN	MERO		
	PRIMER A	APELLIDO			SEGUNDO A	APELLIDO			NOM	1BRES		
CORREO ELEC	CTRÓNICO:						TELÉFONO	CONTACTO:				
	) (familiar directo	م)، 🗀 دڼه	NYUGE	CONCUBINO(A)	HERM	ANO(A)	PADRES			Пте	RCERO	
	ENEFICIARIO ES	·, <u> </u>	11002	CONCODING(N)		7.110(71)	j indices [				NCENO .	
		IAR QUE AUTORIZA	I		NÚMERO DE DOCUME	NTO DE IDENTIDAD	)					
III SOLICI	ITUD DE PRE	CTACIONES	ECONÓMICA	· C ·				PAGO D		REEMI	20100	
	DE PRESTACIÓN:	LACTAI		EPELIO	INCAPACIDAD <sup>-</sup>	ΓΕΜΡΩΒΑΙ		MATERNIDAD:	1RA ( )		OTAL ( )	
	TULAR CON VÍNCU				SI NO		A CONTINGENCIA:		<del></del>	IA DE CESE: DD/M	· · ·	
PERIODO SUI		INICIO DD/MI		FIN DD/MM/		N° DIAS:		MONTO:		A DE CESE. DO/IVI	ivijeses	
	LO POR TRABAJA		-	CTOR:	PRIVA		PÚBLI		-,			
$\subseteq$	MACIÓN CO											
	ROS DÍAS (C			OA DTICI II A D	EC V/O CITT	SOLO INC	A DA CIDAD T	EMBORAL				
20 PRIIVIER			NIEDICOS I	AKTICULAK			APACIDAD I	I	2501			
N° C.M.P	1	DO DE ANSO	N° DIAS	N° C.M.P		DO DE ANSO	N° DIAS	N° C.M.P	l	DDO DE CANSO	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		
CEREUO												
SEPELIO			h - l	FACTURA		ETA DE VEN		DECIDO DOD HO	MODADIOC			
A. Los dat	tos del compro		emisora	FACTURA	П во	LETA DE VEN I	ПА	RECIBO POR HC				
P	UC	Lilipiesa		Social		Serie	N°		Comprobante Pago  F. Emisión Importe S/			
, ,			Nazon	Jocial		Jerie				IIIIpo	116 3/	
							DD/MM/AA  DD/MM/AA					
P En al C	omprobante d	o Pago (sustor	ato dol gasto)	doho ohrar ol	nombro dol fa	llocido		/	,			
	stos del asegur	0 (	υ,	debe obiai ei	nombre der ic	meciao.						
	<b>)</b> han sido cub											
		a un asegura	do obligatorio	del Seguro Co	omplementari	o de Trabajo	de Riesgo (SC	CTR) fallecido po	r accidente c	le trabajo o en	fermedad	
	ofesional. gurado titular f	alleció nor:										
_			Muerte por A	ccidente de Tr	rabajo o Enfer	medad Profe	sional	( )				
Muerte	e Súbita y/o Vi	olenta (Incluy	e Accidente d	e Tránsito y Da	año causado p	or tercero) (	)					
• El (los) fire	manto(s) doclar	ra(n) haio iuram	onto que la inf	ormación conci	anada y la doci	ımantacián a	uo so adiunta a	la presente decla	aración os vor	dadora no os ad	ultorada	
								ítulo Preliminar o				
	rativo General 2							resentada, se en		d=(=) = =====i=	l d-≃	
	dos, así como as				,	illacion o do	cumentación p	resentada, se en	cuentra obliga	uo(a) a resarcir	105 041105	
Para Subsi	dio de Mater	nidad o Incar	pacidad Temi	oral. Declar	o bajo iurame	ento que he	recibido de r	mi empleador e	el importe de	e S/		
						•		) como pa	•			
ı ·								. г	,		•	
por las cua		d Empleadora	solicita el re	embolso								
	ales la Entidac	d Empleadora SI	solicita el re		APACIDAD O FAL	LECIMIENTO C	CAUSADO POR L	JN TERCERO:	SI I	NO O		
¿ESTÁ AFILIA	ales la Entidad	SI	NO	INC	APACIDAD O FAL	LECIMIENTO C	CAUSADO POR L	JN TERCERO:	SI I	NO		
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN	ales la Entidad DO AL SCTR? DEL TITULAR,	SIBENEFICIARIO	NO O EMPLEADO	INC/ DR:				JN TERCERO:				
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN	ales la Entidac DO AL SCTR?	SIBENEFICIARIO	NO O EMPLEADO	INC/ DR:	APACIDAD O FAL			JN TERCERO:		ESSALUD		
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN	ales la Entidad DO AL SCTR? DEL TITULAR,	SIBENEFICIARIO	NO O EMPLEADO	INC/ DR:				JN TERCERO:				
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN USC (EN C	ales la Entidac DO AL SCTR? DEL TITULAR, O DE LA ENTID CASO DE MATERNIDAD	SI BENEFICIARIC  AD EMPLEAD  E INCAPACIDAD TEMP	NO O EMPLEADO ORA OGRAL	DR: USO I	DEL ASEGURA	DO O BENEF	ICIARIO	UN TERCERO:	USO DE	ESSALUD		
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN USC (EN C	DO AL SCTR?  DEL TITULAR,  DEL A ENTID  CASO DE MATERNIDAD  irma y Sello de R	SI BENEFICIARIC  AD EMPLEAD  E INCAPACIDAD TEMP	NO O EMPLEADO ORA OGRAL	DR: USO I		DO O BENEF	ICIARIO		USO DE			
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN USC (EN C	DO AL SCTR?  DEL TITULAR,  DEL A ENTID  CASO DE MATERNIDAD  irma y Sello de R	SI BENEFICIARIO	NO O EMPLEADO ORA ORAL)	USO I	DEL ASEGURA	DO O BENEF	ICIARIO	N°de NI	USO DE Firma y Sel F o EXP.:	<b>ESSALUD</b> lo de EsSalud		
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN  USC (EN C	DO AL SCTR?  DEL TITULAR,  DEL AENTID  CASO DE MATERNIDAD  irma y Sello de R  de Entidad	SI BENEFICIARIO	NO O EMPLEADO ORA ORAL)	OR: USO I Tipo D	DEL ASEGURA	DO O BENEF	ICIARIO		USO DE Firma y Sel F o EXP.:	<b>ESSALUD</b> lo de EsSalud		
¿ESTÁ AFILIA DIRECCIÓN  USC  (EN C	DEL TITULAR,  DEL TITULAR,  DEL A ENTID  CASO DE MATERNIDAD  IFMA y Sello de R  de Entidad  DOC.: DNI C	SI BENEFICIARIO BE	OCA ORAL)	USO I	rma del Asegur.	DO O BENEF	ICIARIO  iario  RTE	N°de NI	USO DE Firma y Sel F o EXP.:	ESSALUD lo de EsSalud oss.		

#### **INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040**

#### ¿Cuándo utilizo este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

#### ¿Cómo lleno el formulario?

#### I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de ASEGURADO TITULAR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) DNI ( ) Carnet de Extranjería ( ) Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del EMPLEADOR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) RUC ( )CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (\* Obligatorio).

# II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO Sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del BENEFICIARIO: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) DNI ( )Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (\* Obligatorio).

#### En caso de PARENTESCO (familiar directo), marcar con un aspa según corresponda

- ( ) Cónyuge ( )Concubina(o) ( )Hermano (a) ( )Padres ( ) Otro (precisar el parentesco) ( )Tercero.
- En caso de marcar tercero consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma.

### III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: ( ) Lactancia ( ) Sepelio ( )Incapacidad Temporal ( )Maternidad

- De marcar <u>maternidad</u> señalar si corresponde a ( ) Primera armada ( ) Segunda armada, o ( )Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA**: día/mes/año

Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor).

Maternidad: (Fecha de inicio del descanso de maternidad)

Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado)

Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)

- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE**: día/mes/año.
- Indicar PERIODO SUBSIDIADO: INICIO: día/mes/año FIN: día/mes/año -Indicar DIAS a Subsidiar
- Indicar MONTO: Importe sin céntimos con redondeo al sol si es igual o mayor a 0.50.
- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE**, marcar con un aspa si es Privado o Público.

#### IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En 20 PRIMEROS DÍAS (\*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados: Número de Colegio Médico, periodo de descanso DEL: día/mes/año AL: día/mes/año; y N° de días.

\*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En SEPELIO: marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- ( ) Factura ( ) Boleta de Venta ( ) Recibo por Honorarios.
- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, Importe
- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de DECLARACION BAJO JURAMENTO: consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

Seguro Complementario de Riesgo(SCTR): marcar con un aspa el recuadro que corresponda. Incapacidad o fallecimiento causado por terceros: marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

En el recuadro de DIRECCION DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR: Se debe indicar la dirección del asegurado (a) si es pago directo, si corresponde al reembolso se registra la dirección del empleador, para el caso de la prestación de sepelio indicar la dirección del beneficiario.

**RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad):** Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

**RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO**: Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el tramite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.