



FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS

Formulario 1010
(versión 06)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ NÚMERO 48296633

PROCEDIMIENTO DE: ☒ INSCRIPCIÓN ☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN ☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ BAJA POR DEFUNCIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

GOMEZ POZO MIKAELA LEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☒ OTRO (Especificar) ACTA DE NACIMIENTO NÚMERO 92799344

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: SENT.H . NUEVO PROGRESO 2DA. ETAPA MC .C LT. 10

Periodo: Desde: 25/04/2022

Hasta: 25/10/2022

Departamento
LIMA

Provincia
LIMA

Distrito
VILLA MARIA DEL TRIUNFO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

GOMEZ POZO MIKAELA LEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) ACTA DE NACIMIENTO NÚMERO 92799344

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

DECLARACION 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°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.

☒ SI ☐ NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

GOMEZ RINCON EDWIN LIXANDRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

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

NÚMERO

48296633

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

Teléfono Fijo o Celular
964210582

Correo electrónico
gomezrinconlixandro@gmail.com

Verified by pdfFiller



04/25/2022

Firma del Declarante

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

Firma y Sello de EsSalud

ESSALUD