

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR**DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) \_\_\_\_\_

NÚMERO

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

(SOLO PARA DERECHOHABIENTES)

☐ INSCRIPCIÓN☐ BAJA POR DESAFILIACIÓN☐ MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)☐ BAJA POR DEFUNCIÓN

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

## 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

## 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:

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  
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de EsSalud

# INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1010

## ¿Cuándo utilizar el formulario 1010?

Este formulario será utilizado para solicitar la inscripción, baja y/o modificación de datos de derechohabientes, así como para solicitar el cambio de adscripción temporal del asegurado titular o derechohabiente.

Si el procedimiento a realizar es inscripción, baja (por desafiliación o defunción) o modificación de datos de un **derechohabiente**, marque con X el procedimiento y complete los datos del derechohabiente, indicados en esta sección.

Si el procedimiento a realizar es el cambio de adscripción temporal de un asegurado **titular o derechohabiente** complete los datos indicados en esta sección.

**El Declarante es quien solicita la realización del procedimiento, pudiendo ser:** el asegurado titular, su cónyuge o concubino(a), padre o madre no asegurada del hijo de asegurado titular, tutor o curador de hijo de asegurado titular.

El declarante debe completar los datos solicitados en todos los casos.

La firma y sello del representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, solo es necesaria para el procedimiento de **adscripción temporal del asegurado titular**.



### FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS

Formulario 1010  
(versión 06)

#### 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 DEFUNCIÓN

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

#### 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

#### 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: \_\_\_\_\_

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

Documento de identidad del **asegurado titular**. Marcar con X el tipo y señalar el número. Completar los datos en todos los casos.

Marcar con X el tipo de relación o vínculo del derechohabiente con el asegurado titular.

Consignar el periodo del desplazamiento temporal. Tiempo máximo: 6 meses en un **año calendario** por motivos no laborales.

Llenar los datos sólo si el **cambio de adscripción temporal** es de un derechohabiente.

## IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Consignar los datos de las personas de acuerdo a su documento de identidad. La firma debe ser idéntica a la consignada en el documento de identidad.