

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE | | NÚMERO |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
| DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH) | | NÚMERO |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | TELÉFONO CONTACTO: |

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

| | | |
|---|----------------------------------|--------------------|
| DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA | | NÚMERO |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | TELÉFONO CONTACTO: |
| PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO | | |
| SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO | | |
| NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA |

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:
 PAGO DIRECTO REEMBOLSO

| | | |
|---|--------------|---------------------------------------|
| SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/> | | MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL () |
| ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA |
| FECHA DE CESE: DD/MM/AA | | |
| PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA | FIN DD/MM/AA | N° DIAS: MONTO S/ |
| LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO | | |

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

| N° C.M.P | PERIODO DE DESCANSO | | N° DIAS | N° C.M.P | PERIODO DE DESCANSO | | N° DIAS | N° C.M.P | PERIODO DE DESCANSO | | 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 | |

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA BOLETA DE VENTA RECIBO POR HONORARIOS

| Empresa emisora | | | Comprobante Pago | | | |
|-----------------|--------------|--|------------------|----|------------|------------|
| RUC | Razón Social | | Serie | N° | F. Emisión | Importe S/ |
| | | | | | DD/MM/AA | |
| | | | | | DD/MM/AA | |

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.
 C. Los gastos del asegurado titular fallecido:
 • **NO** han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.
 • **NO** corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
 D. El asegurado titular falleció por:
 Muerte Natural () Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()
 Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

- 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 el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.
- 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 asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/.....
 (.....importe en letras.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI NO INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI NO

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

| USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL) | USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO | USO DE ESSALUD |
|---|---|---|
| Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: _____ | Firma del Asegurado o Beneficiario Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: _____ | Firma y Sello de EsSalud N° de NIT o EXP.: Se adjunta _____ folios. |

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a
 con DNI N° en representación de mi persona.