

**SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL**

NOMBRES Y APELLIDOS

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

No. AUTOGENERADO  
ESSALUD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CÓNYUGE

APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS HIJOS

EDAD

1.		
2.		
3.		

APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS HIJOS

EDAD

4.		
5.		
6.		

SOLICITA ATENCIÓN DEL:

DEBIDO A:

TITULAR	CÓNYUGE O HIJOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDICIÓN DE TRABAJO	RESIDENCIA HABITUAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIQUE LA DIRECCIÓN DE QUIÉN(ES) VA(N) A ATENDERSE

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO

AV., JIRÓN, CALLE, LOTE O NÚMERO

1

**DATOS DEL EMPLEADOR**

RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR

N° DE R.U.C.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

INDIQUE LAS CUATRO ÚLTIMAS APORTACIONES A ESSALUD:

MES DE APORTACIÓN	MONTO	FECHA DE PAGO

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL ASEGURADO  
D.N.I.:

2

DE \* DE 200

**DE LA INSCRIPCIÓN AL CENTRO ASISTENCIAL**

EL SOLICITANTE SERÁ ADSCRITO POR EL CENTRO ASISTENCIAL

CON CÓDIGO

LLENAR SÓLO EN CASO DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO

DE LA RED ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ DEBIENDO ACERCARSE A LA OFICINA DE ADMISIÓN DE DICHO ESTABLECIMIENTO O DE AQUÉL QUE ESTÉ MÁS PRÓXIMO A LA DIRECCIÓN INDICADA EN EL RECUADRO 1 (UNO), PORTANDO ESTE DOCUMENTO Y:

CREDENCIAL DE  
DERECHO  
VIGENTE

C.I.F.

L.M. o D.N.I.

3

(INDIQUE LOS DOCUMENTOS QUE DEBERÁ PORTAR EL ASEGURADO O BENEFICIARIO)

**JEFE DE SEGUROS**  
(JEFE DE LA OFICINA / UNIDAD DE SEGUROS)

EL JEFE DE SEGUROS DE LA RED ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ CERTIFICA HABER VERIFICADO LAS APORTACIONES INDICADAS POR EL EMPLEADOR, ENCONTRÁNDOSE CONFORME PARA QUE EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS PUEDAN SOLICITAR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES A QUE TIENEN DERECHO.

4 FIRMA Y SELLO JEFE DE SEGUROS

DE

DE 200

**SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL**

NOMBRES Y APELLIDOS

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

No. AUTOGENERADO ESSALUD

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CÓNYUGE

APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS HIJOS	EDAD	APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS HIJOS	EDAD
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	6. <input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITA ATENCIÓN DEL:

TITULAR <input type="checkbox"/>	CÓNYUGE O HIJOS <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--

DEBIDO A:

CONDICIÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	RESIDENCIA HABITUAL <input type="checkbox"/>
---	--

INDIQUE LA DIRECCIÓN DE QUIÉN(ES) VA(N) A ATENDERSE

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AV., JIRÓN, CALLE, LOTE O NÚMERO

1

**DATOS DEL EMPLEADOR**

RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR <input type="text"/>	N° DE R.U.C. <input type="text"/>
---	-----------------------------------

INDIQUE LAS CUATRO ÚLTIMAS APORTACIONES A ESSALUD:

MES DE APORTACIÓN	MONTO	FECHA DE PAGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL ASEGURADO D.N.I.:

DE DE 200

2

**DE LA INSCRIPCIÓN AL CENTRO ASISTENCIAL**

EL SOLICITANTE SERÁ ADSCRITO POR EL CENTRO ASISTENCIAL  CON CÓDIGO

LLENAR SÓLO EN CASO DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO

DE LA RED ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ DEBIENDO ACERCARSE A LA OFICINA DE ADMISIÓN DE DICHO ESTABLECIMIENTO O DE AQUÉL QUE ESTÉ MÁS PRÓXIMO A LA DIRECCIÓN INDICADA EN EL RECUADRO 1 (UNO), PORTANDO ESTE DOCUMENTO Y:

CREDENCIAL DE DERECHO VIGENTE

C.I.F.

L.M. o D.N.I.

3 (INDIQUE LOS DOCUMENTOS QUE DEBERÁ PORTAR EL ASEGURADO O BENEFICIARIO)

**JEFE DE SEGUROS**  
(JEFE DE LA OFICINA / UNIDAD DE SEGUROS)

EL JEFE DE SEGUROS DE LA RED ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ CERTIFICA HABER VERIFICADO LAS APORTACIONES INDICADAS POR EL EMPLEADOR, ENCONTRÁNDOSE CONFORME PARA QUE EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS PUEDAN SOLICITAR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES A QUE TIENEN DERECHO.

4 FIRMA Y SELLO JEFE DE SEGUROS

DE DE 200