



SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040
(versión 01)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:	☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA ☐ PASAPORTE	NÚMERO: 01787004
APELLIDO PATERNO:	Gallego	APELLIDO MATERNO: Pamiagua
DATOS DEL EMPLEADOR:	☐ RUC ☐ EN (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR EN)	NÚMERO: Lualla
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO CONTACTO:	

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

DATOS DEL BENEFICIARIO:	☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA	NÚMERO: 29626974
PRIMER APELLIDO:	Pamiagua	SEGUNDO APELLIDO: Gallego
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO CONTACTO: 988 917 989	
PARENTESCO (familiar directo):	☐ CÓNYUGE ☐ CONCUBINO(A) ☐ HERMANO(A) ☐ PADRES ☒ OTRO: Hijo	☐ TERCERO
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Firma	

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

SOLICITUD DE PRESTACIÓN:		☒ PAGO DIRECTO ☐ REEMBOLSO
☐ LACTANCIA ☒ SEPELIO ☐ INCAPACIDAD TEMPORAL	MATERNIDAD:	1RA () 2DA () TOTAL ()
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA:	☐ SI ☐ NO	FECHA CONTINGENCIA: 21/06/24 FECHA DE CESE:
PERÍODO SUBSIDIADO:	INICIO FIN	Nº DÍAS: MONTO S/ 2070.00
LETNADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE:	SECTOR:	☐ PRIVADO ☐ PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITI) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

N° C.M.P	PERÍODO DE DESCANSO		N° DÍAS	N° C.M.P	PERÍODO DE DESCANSO		N° DÍAS	N° C.M.P	PERÍODO DE DESCANSO		N° DÍAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	

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/
10296974094	York Alberto Díaz Valdivia	8001	723	21/06/2024	100.00
20145187366	Asociación civil San Juan Evangelista	8062	12489	21/06/2024	2000.00
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/.....
(.....) 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: JPB. Daniel Alcides Carrion HZ. 115 - P.O. Box 1000

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	OSP/CI/Alqui/PA RECIBIDO
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de Entidad Empleadora
Tipo Doc: DNI ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐	Tipo Doc: DNI ☒ CE ☐ PASAPORTE ☐	N° de DNI o EXP.: 01787004
Número:	Número: 29626974	Se adjunta: C. GACERES O
Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a..... con DNI N°..... en representación de mi persona.		

ESSALUD

F/P 30/10/24

Escaneado con CamScanner