



SOLICITUD DE PAGO DIRECTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

USO ESSALUD

N° Expediente

Folios
(en números
y letras)

I. DATOS DEL ASEGURADO

MODELO

Apellido Paterno PEREZ		Apellido Materno AGUIRRE		Nombres Luis	
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza Miguel Grau		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote 452		Distrito SMP.	
Provincia Lima		Teléfono 4444263			
Documento de Identidad	Tipo	Número	Tipo asegurado (Ver Tabla 1)	N° Autogenerado 5501020PEAIL000	Permanencia Laboral
1	06081401				Fecha Ingreso Día Mes Año Fecha Cese Día Mes Año
Continúa Laborando SI ☐ NO ☐					
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones (Sólo Incap. y Maternid.)					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

II. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica						Banco		
Incapacidad Temporal ☐	Maternidad 1° Armada ☐	Maternidad 2° Armada ☐	Lactancia ☐	Sepelio ☐				
Fecha de Nacimiento del lactante	Día	Mes	Año	Fecha de Fallecimiento del asegurado	Día	Mes	Año	

III. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono	Documento de Identidad	
			Tipo	Número
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito	
			Provincia	

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO (Para prestación por Lactancia o Sepelio)				
Apellidos y Nombres o Razón Social		Teléfono	Documento de Identidad	
			Tipo	Número
Dir.: Av./Jr./Calle/Block/Carretera/Malecón/Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito	
			Provincia	
DATOS DEL LACTANTE (Sólo para prestación por Lactancia)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	DNI	N° Autogenerado

Firma y Sello del Representante Legal de la Empresa

Como representante legal de la empresa, declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el período subsidiado; en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándose a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular
Firma del Beneficiario (solo sepelio)

Como asegurado/beneficiario declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándose a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

En caso de Sepelio; como Beneficiario que acredito los gastos funerarios, declaro haberlos efectuado personalmente.

Firma del Apoderado (de ser el caso)

N° L.E./D.N.I.

Nombres y Apellidos:

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD