

ESSALUD					
Servicios	Orientación	Trámite	Costo	Requisitos	Requiere cita
ACREDITACIONES	Sí	Sí	Gratuito	<p>* DNI, Carné de extranjería o Partida de Nacimiento.</p> <p>* Si eres trabajador de una empresa: Copia legible de la Boleta de Pago del último o penúltimo mes previo a la presentación o Constancia de Trabajo.</p> <p>* Si eres Pensionista ONP, AFP: Constancia de Trabajo o Constancia de Pensionista (Pensionista AFP) o Resolución de otorgamiento de pensión (Pensionistas ONP).</p> <p>* Si eres trabajador del hogar: Copia del registro "Comprobante de Información Registrada" (CIR) – Formulario 1606 y copia del Formulario de pago 1676 (comprobante emitido por la entidad bancaria autorizada) de los tres (03) últimos meses previos a aquel que solicita la acreditación.</p> <p>* Si eres trabajador y/o pensionista afiliado a la Ex CBSSP: Aportes de los 2 meses consecutivos o no consecutivos anteriores a la solicitud de Acreditación. Para asegurados potestativos, SCTR Independiente o Solicitante de pensión: Copia de comprobante de pago del aporte del mes en que solicita la prestación.</p>	Sí
ACTUALIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE DATOS DEL ASEGURADO	No	Sí	Gratuito	<p>1. Documento de Identidad del asegurado titular original (DNI, Carné de Extranjería o Pasaporte).</p> <p>2. Documento de Identidad del solicitante (DNI, Carné de Extranjería o Pasaporte) original, en caso de baja de registro por fallecimiento.</p> <p>3. Una copia de los documentos sustentatorios de la actualización.</p>	Sí
CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL	Sí	Sí	Gratuito	<p>Cambio de Adscripción Temporal (Desplazamiento temporal a una Provincia o Departamento por un periodo máximo de 6 meses en 1 año calendario). Titular: Presentar el Formulario F-1010 firmado por el empleador y el afiliado titular, en caso de desplazamiento por motivos laborales.</p> <p>Para los demás casos de desplazamiento (motivos no laborales) presentar el Formulario F-1010, debidamente llenado y firmado por el afiliado titular.</p> <p>Derechohabiente: Presentar el Formulario F-1010 firmado por el afiliado titular, cónyuge, concubino(a), padre, madre, tutor o curador, según corresponda.</p>	Sí
INSCRIPCIÓN SEGURO REGULAR	Sí	Sí	Gratuito	<p>Inscripción de Derechohabientes - Llenar Formulario F-1010</p> <p>1. Cónyuge: En Perú: Copia simple del Acta o Partida de Matrimonio Civil, con una antigüedad no mayor de seis (06) meses. Extranjero: Copia simple del acta o partida de matrimonio que haya sido inscrita en el Registro de la oficina consular de Perú del lugar de celebración del acto o legalizada por el Consulado Peruano de su jurisdicción y por el Ministerio de Relaciones Exteriores e inscrito en la Municipalidad o RENIEC o que cuente con el sello de la Apostilla de La Haya.</p> <p>2. Concubino: Copia simple del documento de Reconocimiento de la Unión de Hecho, sea por Resolución Judicial o por Escritura Pública.</p> <p>3. Hijo Menor de Edad: Copia simple de la Partida o Acta de nacimiento del menor.</p> <p>Baja de Titular y/o Derechohabientes - Llenar Formulario F-1010</p> <p>Por fallecimiento en el país: Presentar Formulario F-1010 debidamente llenado y firmado por quien corresponda. Por fallecimiento en el extranjero: Copia simple de la partida de defunción o su equivalente, cuyo original se encuentre legalizado por el consulado en el Perú del país donde falleció el derechohabiente o cuente con el sello de la Apostilla de La Haya. Si el documento se encuentra redactado en idioma distinto al español, se requiere la traducción.</p> <p>Por disolución del vínculo matrimonial en el país: Copia simple de la resolución judicial, resolución de alcaldía, o de la escritura pública que declara disuelto el vínculo matrimonial.</p> <p>Por disolución del vínculo matrimonial en el extranjero: Copia simple de la resolución judicial de sentencia de divorcio expedida por el Tribunal extranjero y legalizada por el Ministerio de Relaciones Exteriores o que cuente con el sello de la Apostilla de La Haya.</p> <p>Por cese de la relación de unión de hecho o concubinato: Formato de Declaración Jurada para la Inscripción y Baja de Derechohabientes llenado y firmado, en el que se señale la fecha de cese de relación de unión de hecho o concubinato</p>	Sí
INSCRIPCIÓN AL SEGURO POTESTATIVO	No	Sí	<p>0 - 17 años: S/. 137.00 *</p> <p>18 - 29 años: S/. 132.00 *</p> <p>30 - 59 años: S/. 138.00 *</p> <p>60 a mas: S/. 215.00 *</p> <p>* aporte mensual</p>	<p>1. Documento Nacional de Identidad del asegurado titular original.</p> <p>2. Acta de Matrimonio actualizada, con vigencia no mayor de tres (3) meses (en caso de conyugue).</p> <p>3. Reconocimiento de Unión de Hecho, realizado notarialmente o judicialmente (en caso de concubino).</p> <p>4. Reconocimiento de hijo extramatrimonial, realizado notarialmente.</p> <p>5. Documento Nacional de Identidad (en caso de hijo menor).</p>	Sí

<p>SEGURO + PROTECCIÓN - SCTR INDEPENDIENTE (SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO RIESGO)</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>Nivel de riesgo I: 0.63 % de media UIT Nivel de riesgo II : 1.23 % de media UIT Nivel de riesgo III: 1.53 % de media UIT Nivel de riesgo IV: 1.83 % de media UIT</p>	<p>Para Trabajadores Independientes 1. Formulario N° 6004 2. Cláusulas generales del contrato de afiliación al seguro complementario de trabajo de riesgo – Salud Independiente. 3. Documento de identidad: DNI, Carnet de extranjería ó Carnet de identidad de las Fuerzas Armadas</p>	<p>Sí</p>
<p>SEGURO DE ACCIDENTES +VIDA</p>	<p>Sí</p>	<p>Sí</p>	<p>S/. 5.00</p>	<p>Registro de Beneficiarios Para Asegurados Regulares e Independientes con un seguro en EsSalud - Formulario 6012 – Registro de beneficiarios +Vida</p>	<p>Sí</p>