

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

**Formulario
1085**

TITULAR DERECHOHABIENTE

INSCRIPCIÓN BAJA MODIFICACIÓN

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA / RESPONSABLE

RAZÓN SOCIAL / O S R	N° R.U.C. / N C O
----------------------	-------------------

II. DATOS DEL AFILIADO TITULAR

TIPO DE SEGURO (uso EsSalud)		N° CONTRATO / N° DE INSCRIPCIÓN (uso EsSalud)									
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DOC. IDENTIDAD (VER TABLA N° 1)	NÚMERO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		
			M	F	Día	Mes	Año	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/>			
E-MAIL		TELÉFONOS			DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>						
DOMICILIO											
Vía (Ver Tabla N° 2)				N°/Km/Mz		Int/Dpto/Lote		Zona (Ver Tabla N° 3)			
Cod.	Nombre							Cod.	Nombre		
Departamento				Provincia				Distrito			

III. DATOS DE LOS DERECHOHABIENTES

(uso EsSalud)

VÍNCULO FAMILIAR:		FECHA INICIO DE VINCULO / CONCEPCIÓN / EMISIÓN DE RESOLUCIÓN									
CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	N° DE PARTIDA	MUNICIPALIDAD (uso EsSalud)	CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/>	GESTANTE <input type="checkbox"/>	HIJO(A) <input type="checkbox"/>						
HIJO(A) MAYOR DE EDAD INCAPACITADO	CONDICIÓN			N° RESOLUCIÓN / N° DE CARTA							
	REEVALUAR <input type="checkbox"/>	2 años <input type="checkbox"/>	3 años <input type="checkbox"/>	5 años <input type="checkbox"/>							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DOC. IDENTIDAD (VER TABLA N° 1)	NÚMERO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL		
			M	F	Día	Mes	Año	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO											
Vía (Ver Tabla N° 2)				N°/Km/Mz		Int/Dpto/Lote		Zona (Ver Tabla N° 3)			
Cod.	Nombre							Cod.	Nombre		
Departamento				Provincia				Distrito			

MOTIVO DE BAJA	<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Fin de Relación del Concubinato	<input type="checkbox"/> Por Solicitud	FECHA DE FIN DE VINCULO/FALLECIMIENTO (Uso EsSalud)
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	N° de partida de defunción	<input type="checkbox"/> Otros.....	

DECLARACIÓN JURADA : LA INFORMACIÓN QUE SE CONSIGNE EN EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SUJETA AL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD PREVISTO EN LA LEY N° 27444 "LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL" Y A LAS SANCIONES PREVISTAS EN EL CÓDIGO PENAL EN SUS ARTÍCULOS PERTINENTES.

Apellidos y Nombres del Representante de la Empresa	DIA	MES	AÑO
Firma y Sello del Empleador / OSR	Firma del Afiliado Titular	Firma y Sello de ESSALUD	

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

**Formulario
1085**

TITULAR DERECHOHABIENTE

INSCRIPCIÓN BAJA MODIFICACIÓN

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA / RESPONSABLE

RAZÓN SOCIAL / O S R	N° R.U.C. / N C O
----------------------	-------------------

II. DATOS DEL AFILIADO TITULAR

TIPO DE SEGURO (uso EsSalud)		N° CONTRATO / N° DE INSCRIPCIÓN (uso EsSalud)							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DOC. IDENTIDAD (VER TABLA N° 1)	NÚMERO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	
			M	F	Día	Mes	Año	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>
E-MAIL		TELÉFONOS		DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>		VIUDO(A) <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO									
Vía (Ver Tabla N° 2)			N°/Km/Mz		Int/Dpto/Lote		Zona (Ver Tabla N° 3)		
Cod.	Nombre						Cod.	Nombre	
Departamento			Provincia			Distrito			

DATOS DE LOS DERECHOHABIENTES

VÍNCULO FAMILIAR:

FECHA INICIO DE VINCULO / CONCEPCIÓN / EMISIÓN DE RESOLUCIÓN

CÓNYUGE <input type="checkbox"/>	N° DE PARTIDA	MUNICIPALIDAD (uso EsSalud)	CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/>	GESTANTE <input type="checkbox"/>	HIJO(A) <input type="checkbox"/>				
HIJO(A) MAYOR DE EDAD INCAPACITADO	CONDICIÓN			N° RESOLUCIÓN / N° DE CARTA					
	REEVALUAR <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 5 años								
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DOC. IDENTIDAD (VER TABLA N° 1)	NÚMERO	SEXO			FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	
			M	F	Día	Mes	Año	SOLTERO(A) <input type="checkbox"/>	CASADO(A) <input type="checkbox"/>
				VIUDO(A) <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO									
Vía (Ver Tabla N° 2)			N°/Km/Mz		Int/Dpto/Lote		Zona (Ver Tabla N° 3)		
Cod.	Nombre						Cod.	Nombre	
Departamento			Provincia			Distrito			

MOTIVO DE BAJA

Divorcio Fin de Relación del Concubinato Por Solicitud
 Fallecimiento N° de partida de defunción Otros.....

FECHA DE FIN DE VINCULO/FALLECIMIENTO (Uso EsSalud)

DECLARACIÓN JURADA : LA INFORMACIÓN QUE SE CONSIGNE EN EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SUJETA AL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD PREVISTO EN LA LEY N° 27444 "LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL" Y A LAS SANCIONES PREVISTAS EN EL CÓDIGO PENAL EN SUS ARTÍCULOS PERTINENTES.

Apellidos y Nombres del Representante de la Empresa	DIA	MES	AÑO
Firma y Sello del Empleador / OSR	Firma del Afiliado Titular	Firma y Sello de ESSALUD	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1085

¿Cuándo utilizar el Formulario 1085?

Este formulario debe ser utilizado para la inscripción, Modificación de datos y baja de asegurados de los diferentes seguros que administra EsSalud, a excepción de Seguros Potestativos. Así mismo es utilizado para la inscripción excepcional de asegurados titulares, no aplicable para los afiliados titulares del Seguro de Salud Agrario Independiente.

¿Cómo llenar el Formulario 1085?

Seleccionar y marcar con un aspa (X) en el recuadro de titular o derechohabiente, así como en el recuadro de Inscripción, Modificación o Baja, según corresponda el trámite. Luego, consignar la información en las casillas correspondientes al trámite a realizar.

1. Datos de la Entidad Empleadora / Responsable

- Consignar la razón social y el número de RUC de la entidad empleadora u Organización Social Representativa (OSR) y el NCO de la misma.

2. Datos del Afiliado Titular

- Consignar en las casillas respectivas los apellidos y nombres, tipo y número de documento de identidad (Ver tabla N° 1), estado civil, sexo, fecha de nacimiento, correo electrónico, teléfonos y dirección solo en caso de titulares extranjeros.

3. Datos de los Derechohabientes

- Marcar con un aspa (X) el tipo de Vínculo familiar: cónyuge, concubina(o), hijo(a) menor de edad, hijo(a) mayor de edad incapacitado en forma total o permanente para el trabajo, o madre gestante.
- Consignar en las casillas respectivas los apellidos y nombres, tipo y número de documento de identidad (Ver Tabla N° 1), sexo, fecha de nacimiento y estado civil.
- Domicilio: Consignar la información en las casillas correspondientes sólo en caso de derechohabientes extranjeros.
- Las casilla N° Carta / N° Resolución de Atención Médica se utiliza solo en caso que el derechohabiente sea madre gestante o hijo mayor incapacitado en forma total o permanente para el trabajo. Así mismo, para hijo mayor incapacitado, consignar condición y vigencia de la misma.
- Marcar con un aspa (X) el motivo de la baja del derechohabiente (término de vínculo familiar, fallecimiento, otros). Y en caso de baja, de cónyuge, concubino o gestante, consignar la fecha de fin de vínculo y el respectivo documento sustentatorio.

Importante

- Utilizar el Anexo del Formulario 1085 si requiere registrar más de un derechohabiente.
- Consignar en el(los) Anexo(s) los apellidos y nombres del afiliado titular y su respectivo tipo y número de documento de identidad. Para cualquier trámite.
- En la parte superior derecha del Formulario y del(los) Anexo(s) consignar el número de página. Por ejemplo, si utiliza el Formulario y dos anexos, entonces en el Formulario debe consignar 1 de 3, en el Primer Anexo consignar 2 de 3 y en el Segundo Anexo consignar 3 de 3. Consignar los Datos de los Asegurados según Documento de Identidad Correspondiente.
- No consignar información en los recuadros "USO ESSALUD".
- Llenar el Formulario y el(los) Anexo(s) con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptarán BORRONES NI ENMENDADURAS.

Tabla USO ESSALUD	
Código	Descripción
1	Seguro Regular
2	Seguro de Salud Agrario Dependiente
3	Seguro de Salud Agrario Independiente
4	Seguro Regular Del Pescador y Procesador Pesquero Artesanal Independiente
5	Solicitante De Pensión
99	Otros

Tabla N° 2 TIPO DE VÍA	
Código	Descripción
5	Alameda
1	Avenida
11	Block
3	Calle
10	Carretera asfaltada
2	Jirón
6	Malecón
7	Ovalo
8	Parque
4	Pasaje
9	Plaza
12	Carretera afirmada
13	Trocha carrozable
14	Camino rural

Tabla N° 3 TIPO DE ZONA	
Código	Descripción
5	Asentamiento Humano
10	Caserío
4	Consejo habitacional
6	Cooperativa
11	Fundo
9	Grupo
2	Pueblo joven
7	Residencial
3	Unidad Vecinal
1	Urbanización
8	Zona industrial

Tabla N° 1 TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Código	Descripción
1	DNI
4	Carné de Extranjería
7	Pasaporte