

# ¿Cómo puedo asegurar a mi familia?



## Registro del cónyuge (\*)

- Formulario 1085 (original y copia).
- Copia de Acta o Partida de matrimonio civil, emitido **con antigüedad no mayor de tres (03) meses.**
- Copia del DNI del titular y de la cónyuge (legible y vigente)

## Registro de concubina (\*)

- Formulario 1085 (original y copia).
- Certificado domiciliario de los concubinos, expedido por la autoridad competente (original), en caso que los documentos de identidad de ambos no consignen el mismo domicilio (Las autoridades competentes con las Municipalidades o Notarias, ojo no las comisarías).
- Declaración jurada de **concubinato simple, indicando el día, mes y año del inicio de la relación; con una antigüedad mayor de 2 años. Este documento debe ser renovado cada 2 años.**
- La concubina debe tener por lo menos 20 años para afiliarse como concubina
- Copia del DNI del titular y de la concubina (legible y vigente)

(\*): En caso que la cónyuge o la concubina este gestando, el tiempo de dependencia con la empresa debe ser mayor al tiempo de gestación.

## Registro de los hijos

- Formulario 1085 (original y copia).
- Copia del DNI del titular y del DNI del hijo a registrar

**DECLARACION JURADA DE CONCUBINATO**  
**(Artículo 326ª del código civil)**

YO,.....

(Nombre del Titular del seguro Regular)

identificado con D.N.I. .... y YO.....

(Nombre del (a) Concubino(a) )

Identificada con D.N.I....., declaramos bajo juramento, mantener una unión de hecho, voluntaria y libre de impedimento matrimonial, por más de dos años continuos **desde(día..... mes..... año.....)**, así mismo declaramos como domicilio: .....

**EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR LA LEY 27444, LEY DE SIMPLIFICACION ADMINISTRATIVA, ESSALUD VERIFICARA LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL AFILIADO. DE COMPROBARSE LA FALSEDAD DE ESTA, PARA LOS EFECTOS DEL SEGURO, LA DECLARACION DE CONCUBINATO SERA CONSIDERADA COMO NO SATISFECHA Y SIN EFECTO ALGUNO, POR LO QUE LA INSCRIPCION SERA DECLARADO NULO Y ESSALUD PROCEDERA EFECTUAR EL COBRO DEL INTEGRO DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS A LOS BENEFICIARIOS, SIN PERJUICIO DE EJERCITAR LAS ACCIONES LEGALES A QUE HUBIERE LUGAR.**

**ASI MISMO NOS COMPROMETEMOS A COMUNICAR INMEDIATAMENTE A ESSALUD, CUALQUIER CAMBIO EN NUESTRA CONDICION DE DEPENDENCIA O TERMINO DE RELACION DE CONCUBINATO.**

Teléfono de Referencia:

.....  
FIRMA DEL TITULAR  
D.N.I. N°

.....  
FIRMA DE LA CONCUBINA  
D.N.I. N°

**Lima, .....de.....del .....**