



SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA  
DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA  
DEL PERÚ (FOSFAP)

## SOLICITUD

### MOTIVO:

- ..... EXCLUSIÓN DE FAMILIAR
- ..... DEVOLUCIÓN DE DESCUENTOS
- ..... REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS
- ..... OTROS .....

### DETALLES DEL MOTIVO:

.....

.....

.....

.....

.....

### PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

#### EXCLUSIÓN FAMILIAR:

- 1. COPIA DE DNI TITULAR ( )
- 2. ACTA DE DEFUNCIÓN ( )
- 3. BOLETA DE HABERES/PENSIÓN ( )
- 4. VOUCHER CCI BANCO ( )
- 5. OTROS .....

#### REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS:

- 1. COPIA DE DNI TITULAR ( )
- 2. INFORME MÉDICO ( )
- 3. RECETA ORDEN MÉDICA ( )
- 4. BOLETAS DE VENTA A/O TITULAR ( )
- 5. VOUCHER CCI BANCO ( )
- 6. OTROS .....

#### DEVOLUCIÓN DE DESCUENTOS:

- 1. COPIA DE DNI ( )
- 2. BOLETA DE HABERES/PENSIÓN ( )
- 3. VOUCHER CCI BANCO ( )
- 4. OTROS .....

#### OTROS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

- 1. COPIA DE DNI ( )
- 2. OTROS .....

### DATOS OBLIGATORIOS DEL TITULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES .....

GRADO ..... UNIDAD ..... NSA ..... DNI .....

EMAIL ..... TEL. CEL ..... TEL. FIJO .....

DIRECCIÓN ..... DISTRITO .....

NÚMERO DE CUENTA DE AHORROS DEL TITULAR BANCO: ..... N° .....

CÓDIGO INTERBANCARIO (CCI) (20 dígitos) .....

Miraflores ..... de ..... del 20 .....

AUTORIZO expresamente a la IAFAS-FOSFAP a dirigir  
las notificaciones derivadas de la presente solicitud,  
al correo electrónico consignado, (conforme al  
numeral 20.4 del artículo 20 de TUOP de la LPAG)

HUELLA  
DIGITAL

FIRMA