



IAFAS – FOSFAP

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

### Datos del Titular:

Yo, \_\_\_\_\_

NSA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ **Situación:** Actividad ( ) Retiro ( ) Disponibilidad ( )

Unidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Datos del Beneficiario:

Yo, \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijo(a) ☐

Dirección: \_\_\_\_\_

Expreso mi deseo de pertenecer al / los siguiente(s) plan(es) de salud: Plan de Salud Complementario Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar ( ).

Relación de derechohabientes a inscribir a los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI	Nacionalidad

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

1.- Copia DNI (Titular / Beneficiario) ☐

2.- Autorización de Descuento ☐ / El pago será al contado ☐

3.- Copia de Carnet familiar de Derechohabiente a afiliarse ☐

4.- Declaración Jurada de Salud ☐ / Declaración Jurada de Salud Oncológico ☐

En señal de conformidad, procedo a suscribir el presente documento en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades.

Santiago de Surco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

--	--

Firma

Huella

**Celular:** 953 744 396 / 943 860 527

**E-mail:** afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe