

**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 afiliar 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