

Institución Administradora de  
Fondos de Aseguramiento en Salud  
de la Fuerza Aérea del Perú



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA IAFAS – FOSFAP  
N° 002-2026/IFGA**

PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN, SUSPENSIÓN Y  
DESAFILIACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS A LA  
IAFAS – FOSFAP

Lima – Perú

2026

**Cuadro de Validación**

<b>RUBRO</b>	<b>A CARGO DE</b>	<b>V°B°</b>
<b>ELABORACIÓN</b>	Dpto. de Gestión del Asegurado	
<b>REVISIÓN</b>	Dpto. de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud	
	Dpto. de Gestión de Siniestros	
	Oficina General de Tecnología de Información	
	Departamento de Planeamiento y Presupuesto	
	Departamento de Asesoría Legal	

## TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I GENERALIDADES .....	1
1.- OBJETO .....	1
2.- FINALIDAD .....	1
3.- ALCANCE .....	1
4.- VIGENCIA.....	1
5.- BASE LEGAL .....	1
6.- ACRÓNIMOS.....	2
7.- DEFINICIONES .....	3
CAPÍTULO II DISPOSICIONES GENERALES.....	5
1.- BENEFICIARIOS DE LA IAFAS – FOSFAP.....	5
CAPÍTULO III DISPOSICIONES ESPECÍFICAS .....	7
1.- DEL PROCESO DE GESTIÓN DE AFILIACIÓN.....	7
2.- DEL PROCESO DE SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN .....	11
3.- DEL PROCESO DE DESAFILIACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS A LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO DE SALUD .....	12
CAPÍTULO IV RESPONSABILIDADES.....	15
1.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO .....	15
2.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD .....	15
3.- DEL DEPARTAMENTO GENERAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN .....	16
4.- DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS – FOSFAP.....	16
ANEXO “A” DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIO DE PENSIÓN .....	17
ANEXO “B” .....	18
ANEXO “C” SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.....	19
ANEXO “D” DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR .....	20
ANEXO “E” DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR.....	23

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

ANEXO “F” AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO – ACTIVIDAD .....	24
ANEXO “G” AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – OPREFA.....	25
ANEXO “H” AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – CAMIP .....	26
ANEXO “I” DECLARACIÓN JURADA DE ASUMIR EL APORTE DEL ESTADO .....	27
ANEXO “J” FORMATO DE SUSPENSIÓN DE LOS PLANES DE SALUD OFERTADOS POR LA IAFAS-FOSFAP.....	28
ANEXO “K” FORMATO DE ACTIVACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD OFERTADOS POR LA IAFAS-FOSFAP.....	29
ANEXO “L” FORMATO DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES DE SALUD OFERTADOS POR LA IAFAS-FOSFAP.....	30
ANEXO “M” FORMATO DE SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS .....	31
ANEXO “N” DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN A LOS PLANES DE SALUD .....	32
ANEXO “O” DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE SUSPENSIÓN DE LOS PLANES DE SALUD .....	33
ANEXO “P” DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD .....	34
ANEXO “Q” DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE DESAFILIACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS.....	35

## **CAPÍTULO I**

### **GENERALIDADES**

#### **1.- OBJETO**

Definir actividades y aspectos administrativos que regulen los procedimientos de afiliación, suspensión y desafiliación a los planes de aseguramiento de salud ofertados por la IAFAS – FOSFAP, en el marco de las normas legales vigentes.

#### **2.- FINALIDAD**

Contar con un proceso específico que determine de manera clara y precisa el flujo de la recepción, evaluación y validación de la información relacionada a la afiliación, suspensión y desafiliación de los beneficiarios a los planes de aseguramiento de salud, para un adecuado registro en el Sistema de Registro de Afiliación administrado por la IAFAS – FOSFAP.

#### **3.- ALCANCE**

Al personal de la IAFAS – FOSFAP, al Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad, retiro y sus derechohabientes y/o familiares inscritos en la IAFAS – FOSFAP, así como a los Cadetes y Alumnos de la FAP, de acuerdo a cada plan de aseguramiento de salud.

#### **4.- VIGENCIA**

La presente Directiva se mantendrá vigente hasta que sea actualizada por una nueva versión.

#### **5.- BASE LEGAL**

- a.- La Constitución Política del Perú de 1993.
- b.- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- c.- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- d.- Decreto Legislativo N° 295, que promulga el Código Civil.
- e.- Decreto Legislativo N° 1132, Decreto Legislativo que aprueba la nueva estructura de ingresos aplicable al Personal Militar de las Fuerzas Armadas y Policial de la Policía Nacional del Perú.
- f.- Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas.
- g.- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344.

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

- h.- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el TUDO de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- i.- Decreto Supremo N° 010-2016-SA, Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- j.- Decreto Supremo N° 009-2019-DE, que aprueba el Reglamento de las Escuelas e Institutos de Formación Profesional de las Fuerzas Armadas.
- k.- Decreto Supremo N° 016-2024-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733.
- l.- Decreto Supremo N° 007-2025-DE, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1173.
- m.- Decreto Supremo N° 006-2026-JUS, que aprueba el TUDO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- n.- Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, que aprueba los “Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las IAFAS y las Entidades Empleadoras o los asegurados”.
- o.- Resolución Directoral N° 0075 IAFAS – FOSFAP, que aprueba el Reglamento Interno de la IAFAS – FOSFAP.
- p.- Resolución Directoral N° 0030 IAFAS – FOSFAP, que aprueba la Directiva Administrativa IAFAS – FOSFAP N° 001-2026-IFGF/CC “Procedimiento para el otorgamiento del beneficio de fraccionamiento”.

## **6.- ACRÓNIMOS**

- a.- **CI:** Carné de Identificación (Titular).
- b.- **CIF:** Carné de Identificación Familiar (Derechohabientes y familiares inscritos).
- c.- **DIGPE:** Dirección General de Personal.
- d.- **DNI:** Documento Nacional de Identidad.
- e.- **FAP:** Fuerza Aérea del Perú.
- f.- **IAFAS:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- g.- **IAFAS-FOSFAP:** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Fuerza Aérea del Perú.
- h.- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- i.- **MINDEF:** Ministerio de Defensa.
- j.- **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- k.- **SETI-AF:** Sistema Electrónico de Transferencia de Información de Afiliados.
- l.- **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.
- m.- **TUDO:** Texto Único Ordenado.
- n.- **UGIPRESS:** Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- o.- **PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento de Salud

## 7.- DEFINICIONES

- a.- **Acreditación:** Procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el beneficiario para tener derecho a la cobertura de salud de acuerdo al plan de aseguramiento de salud que se encuentre adscrito.
- b.- **Afiliación:** Adscripción de un beneficiario de la IAFAS–FOSFAP a un plan de aseguramiento de salud.
- c.- **Afiliación provisional:** Es la incorporación provisional de beneficiarios recién nacidos hasta el momento de su registro en la DIGPE.
- d.- **Aporte facultativo:** Es la retribución abonada por el afiliado como contraprestación, por el plan de salud complementario contratado.
- e.- **Aporte del Estado:** Son recursos provenientes del aporte obligatorio del Estado establecidas en la Novena Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1132, para el aseguramiento en salud del personal Militar de las Fuerzas Armadas en situación de actividad, disponibilidad y retiro, así como a los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas.
- f.- **Asegurados:** Todo beneficiario que cuente con cobertura de alguno de los planes de aseguramiento de salud financiados por la IAFAS–FOSFAP.
- g.- **Beneficiarios:** Es el Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión, sus derechohabientes y familiares inscritos en la base de datos de la DIGPE, así como los Cadetes y Alumnos.
- h.- **Cobertura:** Protección ante el riesgo de pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos del contrato de aseguramiento.
- i.- **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con la IAFAS-FOSFAP por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS-FOSFAP por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.

## Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA

- j.- Copago:** Porcentaje del costo de una prestación de salud contemplada en la cobertura del plan de salud contratado, que es asumida siempre por el afiliado.
- k.- Deducible:** Pago que realiza el afiliado para recibir la prestación de salud cubierta por el plan contratado. El importe se regula en las condiciones establecidas en el contrato.
- l.- Familiares inscritos:** Familiar del titular hasta el primer grado de consanguinidad ascendente (padres) inscritos en el sistema de personal de la FAP y que cumpla las condiciones detalladas en el Plan de Salud Complementario financiado por la IAFAS-FOSFAP.
- m.- IPRESS:** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse como personas naturales o jurídicas que tiene como objetivo la prestación de servicios de salud, se encuentran clasificadas por categorías según su capacidad resolutive. Pueden ser parte de una red de salud.
- n.- Periodo de carencia:** Plazo mínimo de permanencia en el producto o programa de salud para tener derecho a los beneficios establecidos en éste, según lo establecido por norma o contrato, como corresponda. Los períodos de carencia se contabilizan en forma individual por cada asegurado. Las emergencias no presentan períodos de carencia en ninguno de los regímenes de financiamiento.
- o.- Periodo de latencia:** Es la cobertura que permite a los beneficiarios acceder al financiamiento de las prestaciones de salud, por un periodo determinado a pesar de ya no contar con la afiliación activa al plan de salud. Solo se aplica para el caso del Plan Específico de Salud.
- p.- Plan de Aseguramiento de Salud:** Son planes financiadas por la IAFAS-FOSFAP y se clasifican en los siguientes grupos: Planes Específicos y Planes Complementarios.
- q.- Plan Complementario:** Son aquellos que complementan al PEAS, siendo ofertados por la IAFAS-FOSFAP a los asegurados al PEAS. La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de SUSALUD.
- r.- Plan Específico:** Son aquellos que rigen desde la entrada en vigencia de la Ley N° 29344 y constituyen derechos adquiridos que no pueden ser reducidos en tanto otorguen cobertura más allá de la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones establecidas en el PEAS.

- s.- Póliza:** Es un contrato legal que establece las condiciones, derechos y obligaciones entre el asegurado y la compañía de seguros.
- t.- Prestación de salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.
- u.- Prima o Aporte:** Es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de seguro otorgado.
- v.- Reafiliación:** Es el procedimiento mediante el cual se activa una afiliación cancelada.
- w.- Red de Salud:** Conjunto de IPRESS de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados funcionalmente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones en salud, en función de las necesidades de la población.
- x.- Suspensión de la condición de asegurado:** Sucede, entre otros, cuando el asegurado, asegurado o contratante no cumplan con pagar un (1) mes de aporte facultativo o cualquier otra suma de acuerdo a lo establecido en los planes de salud de la IAFAS – FOSFAP, hasta que regularice el pago total del monto adeudado.
- y.- Titular:** Personal militar beneficiario; así como los cadetes y alumnos de los Centros de Formación de la FAP.

## **CAPÍTULO II**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

#### **1.- BENEFICIARIOS DE LA IAFAS – FOSFAP**

- a.- Son beneficiarios titulares de la IAFAS – FOSFAP:
  - 1) Personal de Oficiales, Técnicos y Sub Oficiales en situación de actividad.
  - 2) Personal de Oficiales, Técnicos y Sub Oficiales en situación de retiro con goce de pensión.
  - 3) Personal de Oficiales, Técnicos y Sub Oficiales en situación de disponibilidad con goce de pensión.

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

- 4) Cadetes y alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas, que reciban el aporte del estado y que mantengan la siguiente condición:
  - a) Durante su periodo de formación.
  - b) En comisión del servicio o misión de estudios en el país.
  - c) Con vacaciones o permiso.
  - d) Enfermo o lesionado a disposición de la respectiva junta de sanidad, hasta un periodo máximo de dos (2) años.
- b.- Los derechohabientes del Personal Militar Titular:
  - 1) Cónyuge o concubino, con las condiciones indicadas en el artículo 326 del Código Civil.
  - 2) Hijo menor de edad o mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, para lo cual deberá contar con el Certificado Médico expedido por la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad.
  - 3) Hijo mayor de 18 años y menor de 28 años de edad que cumpla con presentar los siguientes requisitos:
    - a) Ser solteros y sin hijos (desde la concepción).
    - b) Acreditar seguir estudios en centro de educación superior (universitario o técnico).
    - c) No ejercer actividad económica profesional o técnica.
- c.- Los familiares inscritos en la base de datos de la DIGPE (padres del titular), de acuerdo a las condiciones detalladas en los planes complementarios ofertados por la entidad.
- d.- Los beneficiarios de pensión de sobrevivientes ascendientes (padres dependientes, solo cuando se encuentre afiliados a los planes complementarios antes del fallecimiento del titular), viudez (cónyuges o concubino hasta contraer nuevas nupcias) y orfandad (hijo menor de edad, hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo o hijas solteras mayores de edad) del Personal Militar fallecido, debiendo presentar la siguiente documentación:
  - 1) El cargo de la solicitud de trámite de pensión presentada a DIGPE.
  - 2) Declaración Jurada de Beneficiario de Pensión (ver Anexo "A").
  - 3) El CIF debidamente actualizado y la Resolución de Beneficiario de Pensión.

**CAPÍTULO III**

**DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

**1.- DEL PROCESO DE GESTIÓN DE AFILIACIÓN**

**a.- Del Plan Específico de Salud**

**1) Requisitos para la afiliación**

- a) Recibir el aporte obligatorio del Estado del Personal Militar en situación de actividad, disponibilidad y retiro, así como de los Cadetes y Alumnos, que es el equivalente al 6% de la remuneración, pensión o propina según corresponda. o beneficiario con derecho a pensión.
- b) Encontrarse inscritos en el registro de datos de DIGPE y contar con el CI y CIF actualizado, debidamente validado con el DNI y/o carnet de extranjería.
- c) Suscribir la Póliza correspondiente al Plan Específico de Salud.

**2) Condiciones de afiliación**

- a) Comprobado los requisitos detallados en el inciso 1) subpárrafo a.- párrafo 1.- del Capítulo III de la presente Directiva, el Departamento de Gestión del Asegurado afilia al Titular y sus derechohabientes en el Sistema de Registro de Afiliación de la IAFAS – FOSFAP.
- b) En caso se suspenda temporalmente el aporte del Estado, por razones laborales o judiciales, el titular y/o beneficiario de pensión deberá abonar dicho importe de manera mensual para mantener su condición de afiliado.
- c) En el caso de Cadetes y Alumnos, su cobertura es personal e intransferible, y no se extiende a sus derechohabientes ni familiares inscritos.
- d) El Titular deberá informar al Departamento de Gestión del Asegurado sobre el fallecimiento de algún derechohabiente, a fin de actualizar los datos en el Sistema de Registro de Afiliación.

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

- e) Los hijos mayores de 18 años y menores de 28 años desafiados, podrán ser afiliados nuevamente al acreditar los requisitos que correspondan ante la DIGPE e informando de tal situación al Departamento de Gestión del Asegurado, para lo cual deberá adjuntar el CIF actualizado.
- f) Los derechohabientes (hijos) pueden ser afiliados solo por un Titular, pudiendo migrar la titularidad siempre y cuando el progenitor sea Titular, actualizando el registro ante la DIGPE y comunicando dicha situación al Departamento de Gestión del Asegurado, a través de la “Solicitud de migración derechohabiente – Hijo” (Anexo “B”).
- g) Los familiares inscritos (padres) no cuentan con cobertura del Plan Especifico de Salud, solo a los Planes Complementarios contratados.

### **3) Inicio de cobertura del Plan Específico de Salud**

A partir del primer día calendario del segundo mes de recibido el aporte obligatorio del Estado, salvo los casos de emergencia tipo I y II comprobada, donde comienza al día siguiente del alta en la FAP.

#### **b.- De los Planes Complementarios**

##### **1) Requisitos de afiliación**

- a) Encontrarse afiliado al Plan Específico de Salud.
- b) Adjuntar la solicitud de afiliación a los planes complementarios (Anexo “C”).
- c) Suscribir la Póliza correspondiente a los Planes Complementarios contratados.
- d) Suscribir la Declaración Jurada de Salud del Plan de Salud Complementario Familiar (Anexo “D”) y/o del Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar (Anexo “E”), que corresponda.
- e) Adjuntar el formato de autorización de descuento correspondiente (Anexos “F”, “G” o “H”, de corresponder).

##### **2) Condiciones para la afiliación**

- a) Comprobado los requisitos detallados en el inciso 1) subpárrafo b.- párrafo 1.- del Capítulo III de la presente

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

Directiva, el Departamento de Gestión del Asegurado afilia al Titular y sus derechohabientes al plan complementario en el Sistema de Registro de Afiliación de la IAFAS – FOSFAP.

- b) Cuando el titular y/o beneficiario de pensión sea desafiliado de los planes complementarios y posteriormente desee afiliarse nuevamente a los mismos, deberá cumplir con el pago del aporte de reafiliación y sujetarse a las condiciones de dicho procedimiento, para ser reafiliado a los planes complementarios.
- c) No procede el traspaso o migración de familiares inscritos (padres) entre titulares militares.

### **3) Inicio de cobertura de los Planes Complementarios**

- a) A partir del primer día calendario del cuarto mes de suscrita la póliza de seguro, una vez superado el periodo de carencia, previo al pago del aporte facultativo por tres (03) meses consecutivos.
- b) Para activar el Plan Oncológico (Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar y Plan de Salud Complementario Oncológico Padres), el asegurado debe cumplir con presentar los siguientes requisitos:
  - (1) Formato de Solicitud de Activación del Plan de Salud Complementario Oncológico (proporcionado por la IPRESS FAP).
  - (2) Informe de anatomía patológica con diagnóstico oncológico, firmado y sellado por un especialista competente en el país.
  - (3) Informe médico emitido por el médico que hizo el diagnóstico, sólo en caso de corresponder a órganos no biopsiables.
  - (4) Exámenes auxiliares (laboratorio + imágenes) contributarios al diagnóstico.
- c) La información descrita en el sub inciso b) precedente, será revisada por el Departamento de Gestión de Siniestros en el plazo de cinco (05) días hábiles de presentado, emitiendo la siguiente decisión:

## Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA

- (1) Activación: Se informa de tal situación al asegurado y al Departamento de Gestión del Asegurado, para la activación correspondiente.
- (2) No procede: Se informa de tal situación al asegurado.

### c.- Actualización de datos de afiliación

Toda actualización de los datos personales del titular, derechohabientes o familiares inscritos deben realizarse en DIGPE y, posteriormente, comunicado a la IAFAS – FOSFAP.

### d.- Registro en el Sistema de Registro de Afiliación

- 1) El Departamento de Gestión del Asegurado realizará el siguiente registro en el Sistema de Registro de Afiliación:
  - a) Afiliado: Cuando ya transcurrió el periodo de carencia del Plan de Salud Complementario Familiar y el Plan de Salud Complementario Padres.
  - b) Carencia: De acuerdo al siguiente detalle:

Plan de Aseguramiento de Salud	Periodo de carencia
Plan Específico de Salud	Un (01) mes de recibido el aporte obligatorio del estado
Plan Complementario de Salud	Tres (03) meses consecutivos de recibido el pago del aporte facultativo

- c) Latencia: Se tendrá en consideración un periodo de latencia de tres (03) meses contados a partir de la desafiliación del Plan Específico de Salud.
- d) Activo: Aplicable para el Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar y el Plan de Salud Complementario Oncológico Padres, cuando se cumpla lo dispuesto en el sub inciso b) inciso 3) subpárrafo b.- párrafo 1.- del Capítulo III de la presente Directiva y la aprobación del Departamento de Gestión de Siniestros.

- e) Inscrito: Cuando no se cumplan los requisitos detallados en el sub inciso d) precedente.
  - f) Desafiliado: Cuando ocurre algunas de las causales detalladas en los subpárrafos a.- y b.- párrafo 3.- del Capítulo III de la presente Directiva.
- 2) Toda la información antes detallada debe ser registrada por el Departamento de Gestión del Asegurado en la Plataforma Acredita Web administrado por SUSALUD y en el SETI-AF.

## **2.- DEL PROCESO DE SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN**

### **a.- Causales de suspensión de afiliación**

- 1) Se suspende la condición de afiliado al Plan Específico de Salud, cuando no se recibe el pago de un (01) mes correspondiente al aporte obligatorio del Estado, salvo que el titular y/o beneficiario de pensión abone dicho importe de manera mensual para mantener su condición de afiliado.
- 2) Se suspende la condición de afiliado a los Planes Complementarios, cuando no se recibe el pago por un (01) mes correspondiente al aporte facultativo por parte del titular y/o beneficiario de la pensión, hasta que se regularice el pago total del monto adeudado.

### **b.- Procedimiento de suspensión de afiliación**

- 1) Comprobándose la ocurrencia de alguna causal para la suspensión de la afiliación, detallada en el subpárrafo a.- párrafo 2.- del Capítulo III, la Sección Cuentas Corrientes deberá remitir el “Formato de Suspensión de los Planes de Salud” ofertados por la IAFAS-FOSFAP” (Anexo “J”) al Departamento de Gestión del Asegurado, a fin de registrar tal situación en el Sistema de Registro de Afiliación.
- 2) El Departamento de Gestión del Asegurado comunica vía correo electrónico al titular y/o beneficiario de pensión, el estado de suspensión, precisando la siguiente información:
  - a) Por la suspensión temporal del aporte obligatorio del Estado, se solicita al titular y/o beneficiario de pensión el pago de dicho aporte, por el tiempo que dure la suspensión, para lo cual deberá remitir a través de la mesa de partes virtual de la IAFAS-FOSFAP, el formato

## Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA

de “Declaración Jurada de Asumir el Aporte Obligatorio del Estado” (Anexo “I”), debidamente firmado.

- b) Por incumplimiento en el pago de los aportes facultativos correspondiente a los planes complementarios, se solicita al titular y/o beneficiario de pensión el pago de dicho aporte, teniendo en consideración que recobrará el derecho al financiamiento de las prestaciones de salud sin efecto retroactivo a partir del día hábil siguiente de efectuado el pago, por lo que, en ningún caso la IAFAS –FOSFAP responde por contingencias ocurridas, iniciadas o como consecuencia de diagnósticos realizados durante el período en que el asegurado se encontraba en mora en el pago de los aportes, aun cuando la contingencia prolongue el período en que se rehabilite la cobertura. En caso realice el pago, deberá poner en conocimiento de la IAFAS – FOSFAP a través de la mesa de partes virtual.
- 3) Cuando la Sección Cuentas Corrientes advierta que el titular y/o beneficiario de pensión realizó el pago respectivo, procederá a lo siguiente:
- a) Comunicará al Departamento de Gestión del Asegurado para que realice la activación de la afiliación, empleando el formato de acuerdo al Anexo “K”.
  - b) En caso verifique que el MINDEF o la FAP realizó el reintegro del aporte del Estado por el tiempo de cambio de situación militar o fallecimiento del titular, informa de esta situación al titular y/o beneficiario de pensión, respectivamente.

### 3.- DEL PROCESO DE DESAFILIACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS A LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO DE SALUD

- a.- Se encuentran como causales de desafiliación del Plan Específico de Salud y su correspondiente procedimiento, los siguientes:

	Causales de desafiliación	Procedimiento
1	El titular que pasa a la situación militar de retiro sin derecho a pensión, siendo extensivo a sus derechohabientes y familiares inscritos.	La Sección Cuentas Corrientes pone en conocimiento de tal situación al Departamento de Gestión del Asegurado para la desafiliación

## Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA

2	El titular cuya asimilación es cancelada, siendo extensivo a sus derechohabientes y familiares inscritos.	correspondiente, a través del Anexo "L".
3	Los Cadetes y Alumnos que no se reciban el aporte obligatorio del Estado y/o no mantengan dicha condición.	
4	El hijo al cumplir los 18 años de edad.	El Departamento de Gestión del Asegurado realiza la desafiliación correspondiente, cuando toma conocimiento del hecho, comunicando tal situación a la Sección de Cuentas Corrientes, a través del Anexo "L".
5	El hijo afiliado mayor de 18 años y menor de 28 años, al contraer matrimonio y/o tener hijos, considerado desde la concepción.	
6	El hijo afiliado mayor de 18 años y menor de 28 años, que no acrediten seguir estudios en centros de educación superior o que estén ejerciendo actividad económica.	
7	La viuda del titular por contraer matrimonio civil.	
8	Los divorciados, acreditándose con la anotación en la partida de matrimonio y/o la sentencia con calidad de cosa juzgada.	
9	Fallecimiento de los derechohabientes, debidamente informado por el titular y/o beneficiario de pensión.	

b.- Se encuentran como causales de desafiliación de los Planes Complementarios de Salud y su correspondiente procedimiento, los siguientes:

	Causales de desafiliación	Procedimiento
1	La desafiliación al Plan Específico de Salud.	De acuerdo al detalle señalado en el subpárrafo a.- párrafo 3.- del Capítulo III de la presente Directiva.
2	El retiro voluntario a los planes complementarios con la presentación de la Ficha de Solicitud de Desafiliación (ver Anexo "M") por el titular, sin presentar deudas pendientes de pago. No existe la opción de	El Departamento de Gestión del Asegurado realiza la desafiliación correspondiente y comunica tal situación a la Sección Cuentas Corrientes (Anexo "L") para que no se realice el descuento correspondiente,

**Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

	devolución de aportes realizados dentro del cronograma de pagos por ser de carácter cancelatorio, salvo que se hubiese realizado pagos adelantados.	así como las provisiones en el Estado de Cuenta.  La Sección Cuentas Corrientes realizará las coordinaciones correspondientes con el asegurado para la devolución de los aportes facultativos adelantados, de ser el caso.
3	Los padres que hayan sido desafilados voluntariamente, según formato de la IAFAS-FOSFAP o por incumplimiento de pagos.	El Departamento de Gestión del Asegurado realiza la desafiliación correspondiente y comunica dicha situación a: - Al asegurado o beneficiario de pensión, informando que no tendrá derecho para volver a acceder al plan contratado. - A la Sección Cuentas Corrientes (Anexo "L") con la finalidad que ya no se realice el descuento correspondiente, así como las provisiones en el Estado de Cuenta.
4	Habiendo transcurrido quince (15) días de la notificación respecto a la Carta de Requerimiento de Pago emitida por la IAFAS-FOSFAP (Sección Cuentas Corrientes) y se continúe con el incumplimiento de pago del monto adeudado del aporte facultativo (más de 03 meses).	La Sección Cuentas Corrientes pone en conocimiento al Departamento de Gestión del Asegurado (Anexo "L"), para la desafiliación correspondiente.
5	Cuando exista la pérdida del beneficio de fraccionamiento de los aportes facultativos de los planes complementarios	

- c.- Salvo el caso de desafiliación voluntaria detallada en el inciso 2) subpárrafo b.- párrafo 3.- del Capítulo III, toda desafiliación será puesta de conocimiento del titular y/o beneficiario de pensión por el Departamento de Gestión del Asegurado vía correo electrónico.

**CAPÍTULO IV**

**RESPONSABILIDADES**

**1.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL ASEGURADO**

- a.- Administrar, supervisar y otorgar el mantenimiento correspondiente al Sistema de Registro de Afiliación, con observación a la Ley N° 29733 y su Reglamento.
- b.- Implementar los procesos administrativos, técnicos y operativos del proceso de afiliación.
- c.- Brindar atención personalizada al asegurado de suscitarse dudas en relación al proceso para el registro de afiliación.
- d.- Ejecutar el control posterior a las afiliaciones incorporadas en el Sistema de Registro de Afiliación y, de verificar la existencia de alguna incongruencia de los datos, solicitar a DIGPE su cambio.
- e.- Realizar coordinaciones con la Oficina General de Tecnología de Información, para mantener actualizada la base de datos, así como los reportes estadísticos relacionados al proceso de afiliación y desafiliación a la IAFAS-FOSFAP.
- f.- Remitir reporte mensual al Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud sobre las afiliaciones, suspensiones y desafiliaciones de los beneficiarios de la IAFAS-FOSFAP.

**2.- DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

- a.- Revisar los estados de cuentas de los afiliados e informar al Departamento de Gestión del Asegurado en caso se advierta que no se recibe el aporte obligatorio del Estado o el aporte facultativo respectivamente.
- b.- Realizar las coordinaciones correspondientes con el asegurado, en caso deba realizar la devolución de los aportes facultativos pagados de forma anticipada, cuando solicite la desafiliación de los planes complementarios de forma voluntaria.
- c.- Realizar las liquidaciones de aporte del estado dejados de recibir (de acuerdo a lo detallado en el sub inciso b) inciso 2) subpárrafo a.- párrafo 1.- Capítulo III) y/o aportes facultativos no pagados, solicitando el pago respectivo a los afiliados de acuerdo a las

## **Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA**

condiciones detalladas en los planes de aseguramiento de salud y la presente directiva, a fin que los afiliados continúen con su afiliación al Plan Específico de Salud o Planes Complementarios que corresponda.

- d.- Realizar el control de la recaudación del aporte de los nuevos afiliados a la IAFAS-FOSFAP, así como proceder con la suspensión de descuentos de parte de las personas desafiliadas.

### **3.- DEL DEPARTAMENTO GENERAL DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN**

- a.- Brindar soporte técnico y seguridad de información para la base de datos del Sistema de Registro de Afiliación.
- b.- Brindar información al Departamento de Gestión del Asegurado relacionada a los reportes de afiliaciones de los beneficiarios de la IAFAS – FOSFAP.
- c.- Brindar información a la Sección Cuentas Corrientes referente al pago mensual del aporte obligatorio del Estado, así como del aporte facultativo.
- d.- Facilitar el uso del correo institucional automatizado para informar a los titulares sobre la falta del aporte obligatorio del Estado y el incumplimiento de pago del aporte facultativo, dentro de los plazos señalados para la suspensión y desafiliación de los Planes de Aseguramiento de Salud.
- e.- Garantizar y monitorear el correcto funcionamiento de los sistemas informáticos usados para los diferentes procesos establecidos en la presente Directiva.

### **4.- DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS – FOSFAP**

- a.- Comunicar a la IAFAS - FOSFAP sobre el fallecimiento de los derechohabientes y/o familiares inscritos.
- b.- Remitir a la IAFAS – FOSFAP cualquier información relacionada a la afiliación, suspensión y desafiliación, a través de la Mesa de Partes Digital, del portal web institucional: <https://www.gob.pe/iafas> y/o mesa de partes central ubicado en la Av. Jorge Chávez S/N, Santiago de Surco, Base Aérea Las Palmas, Antiguo Pabellón de la Escuela de Oficiales, Segundo Piso (Referencia: Al costado de la Dirección de Sanidad - DISAN).

**DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIO DE PENSIÓN**



IAFAS - FOSFAP

**DECLARACIÓN JURADA DE BENEFICIARIO DE PENSIÓN**

N° \_\_\_\_\_

Yo, (apellidos y nombres) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, cónyuge ( ), hijo menor de edad ( ), hijo con incapacidad total y permanente para el trabajo ( ), padre ( ), madre ( ) de don(a) \_\_\_\_\_, con grado \_\_\_\_\_, NSA \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_, N° telefónico \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que me encuentro realizando el trámite correspondiente ante DIGPE en mi calidad de beneficiario (a), para percibir el subsidio por fallecimiento ( ) pensión ( ), en virtud de ser familiar directo sobreviviente del causante.

Asimismo, preciso que existen los siguientes potenciales beneficiarios de pensión:

Nombre y Apellido	Parentesco	DNI

Efectúo la presente declaración asumiendo responsabilidad penal en caso de resultar falso lo expresado de acuerdo a la Ley 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y Código Penal vigente, firmando la misma en señal de conformidad.

Asimismo, en caso de que la FAP no otorgue el beneficio de la pensión por no corresponder y la IAFAS-FOSFAP haya concedido financiamiento de prestaciones de salud a favor del declarante o los que en su momento fueron declarados como potenciales beneficiarios, sin que a este le corresponda ese derecho, la IAFAS-FOSFAP iniciará las acciones legales correspondientes, a fin de exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.

Lima,.....

\_\_\_\_\_

Firma

DNI N°

**SOLICITUD DE MIGRACIÓN DE DERECHOHABIENTE - HIJO**



IAFAS – FOSFAP

**SOLICITUD DE MIGRACIÓN DE DERECHOHABIENTE -HIJO**

(Padre) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con grado \_\_\_\_\_, NSA \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_, N° telefónico \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_; y (Madre) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con grado \_\_\_\_\_, NSA \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_, N° telefónico \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_; solicitamos en conjunto realizar la migración de nuestros derechohabientes (hijos) a favor de \_\_\_\_\_:

Nombre y Apellido (hijos)	DNI

En tal sentido, el titular que asuma el registro de los derechohabientes se compromete a realizar los pagos correspondientes a los aportes facultativos, el cual podrá ser realizado por caja o por descuento adjuntando los formatos de descuento que correspondan.

Lima,.....

\_\_\_\_\_

**Firma (Padre)**

Nombre:

DNI N°

NSA N°

\_\_\_\_\_

**Firma (Madre)**

Nombre:

DNI N°

NSA N°

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS**



**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:

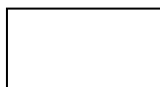
Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI	Nacionalidad

**Para lo cual adjunto la siguiente documentación:**

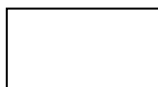
- 1.- Copia DNI (Titular / Beneficiario de pensión) ( )
- 2.- Autorización de Descuento ( ) / El pago será al contado ( )
- 3.- Copia de Carnet familiar de Derechohabiente a afiliar ( )
- 4.- Declaración Jurada de Salud ( ) / Declaración Jurada de Salud Oncológico ( )

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

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR**



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por esta IAFAS – FOSFAP. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

**NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_

	SI	NO	DETALLE
1.- ¿Ha tenido anteriormente algún tipo de seguro en IAFAS – FOSFAP? Indique y detalle que seguro tuvo			
2.- ¿Tiene algún tipo de seguro de salud o de vida privado?			

**A) ANTECEDENTES FAMILIARES**

HISTORIA FAMILIAR	EDAD	PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ¿CUÁL?	SI FALLECIÓ SU FAMILIAR, CUAL FUE EL DIAGNÓSTICO DE FALLECIMIENTO
PADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
MADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
HERMANOS		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	

**B) ANTECEDENTES PERSONALES**

	SI	NO	DETALLE
3.- ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante de piloto, o es miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuela como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?			
4.- ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realiza cualquier otra actividad de riesgo?			
5.- ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda) pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad de riesgo?			
6.- ¿Tiene alguna discapacidad, defecto físico o amputación?			
7.- ¿Se ha medido la Presión Arterial en los últimos 3 años? ¿Cuál fue el resultado?			
8.- ¿Has tenido variación de más de 5 kg en este último año? Indique la causa probable.			
9.- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en exceso o se ha sido sometido a o tratamiento rehabilitación por alcoholismo?			
10.- ¿Fuma?			
11.- ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D. marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?			



B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
12.- Usa o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			Motivo:
13.- ¿Ha tenido descansos médicos en los últimos 6 meses? ¿Por qué motivo o diagnóstico fueron?			
C) ULTIMO CHEQUEO O CONTROL MÉDICO	DETALLE		
14.- Fecha y motivo en que se realizó su último chequeo o control.			
15.- Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico.			
D) ¿PADECE O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRASTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
16.- Enfermedades Neurológicas			Vértigos: ... Desmayo: ... Parálisis: ... Convulsiones: ... Epilepsia: ... Pérdida del conocimiento: ... Dolores de cabeza severos: ... Meningitis: ... Trastornos Mentales: ... Otros: .....
17.- Enfermedades Psiquiátricas			Ansiedad: ... Depresión: ... Fobias: ... Psicosis: ... Otros: .....
18.- Enfermedad congénita / hereditaria / deformidad congénita			Cuál:
19.- Enfermedad de los pulmones			Asma: ... Silicosis: ... Neumonía: ... Neumotórax: ... Bronquitis: ... Tuberculosis: ... Otros: .....
20.- Enfermedades vasculares o del corazón			Arritmia: .... Soplo: .... Valvulopatía: .... Coronariopatía (Infarto): ... Fiebre reumática: ... Molestias o dolores en el pecho: ... Hinchazón de piernas: .... Várices o úlceras varicosas: .... Otros: .....
21.- Enfermedades digestivas			Gastritis: .... Úlcera: .... Diarreas: .... Estreñimiento: ... Heces con sangre: ... Otros: .....
22.- Enfermedades renales, urológicas			Infecciones urinarias: ... Problemas de Próstata: ... Cólico Renal: ... Orina con sangre: ... Insuficiencia Renal: ... Otros: .....
23.- Enfermedades de los huesos o articulaciones			Artritis: ... Lupus: ... Artrosis: ... Enfermedades reumáticas: ... Fracturas óseas: ... Síndrome túnel carpiano: ... Lumbalgia: ... Luxación: ... Tendinitis: ... Amputación: ... Otros: .....
24.- Enfermedades de la sangre			Anemia: ... Hemofilia: ... Alteraciones de la Coagulación: ... Manchas rojas en la piel: ... Leucemia: ... Hemorragias persistentes: ... Otros: .....
25.- Enfermedades de la piel			Cuáles:
26.- Enfermedades de la Tiroides			Hipotiroidismo: ... Hipertiroidismo: ... Otros: .....
27.- Enfermedades de los ojos: ¿Usa usted lentes?			Miopía: .... Hipermetropía: ... Astigmatismo: .... Cataratas Presbicia: .... Cirugía por:.....
28.- Enfermedades de los oídos: ¿Oye usted bien?			¿Usa audífono? SI: ..... NO: ....
29.- Enfermedades infecciosas importantes			Meningitis: .... Hepatitis A: .... Hepatitis B: .... Hepatitis C: .... Paludismo: .... Tuberculosis: .... VIH – SIDA: .... Enfermedades relacionadas al SIDA: .... Otros: .....
30.- Diabetes / Hipertensión arterial			Controla con dieta: .... Antidiabéticos orales: .... Insulina: .... Antihipertensivos: .... Otros: .....
31.- Alteraciones metabólicas			Colesterol alto: .... Triglicéridos alto: .... Ácido úrico alto: ....
32.- Otras: Tumores, Cáncer			Cáncer de mama: ... Cáncer de cuello uterino: ... Cáncer gástrico: ... Cáncer pulmonar: ... Otros: .....
33.- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?			Motivo: Fecha:     /     /
34.- ¿Está recibiendo tratamiento médico para alguna enfermedad o está tomando medicina de cualquier clase por más de 1 mes?			Medicamento y Motivo:
35.- ¿Está recibiendo tratamiento para Cáncer como radioterapias o quimioterapias?			
36.- ¿Le realizan diálisis peritoneal o hemodiálisis? Detalla cuántas veces a la semana recibes el mencionado tratamiento.			

## Directiva Administrativa N° 002-2026/IFGA



D) ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRASTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
37.- ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?			Motivo: Fecha: / /
38.- ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión que no se haya mencionado directamente en este cuestionario?			Cuál:
E) CONTESTE SOLO SI ES MUJER	SI	NO	DETALLE
39.- ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?			
40.- ¿Fecha de última regla?			Cuándo: / /
41.- ¿Cuántos partos ha tenido y cuándo fue el último?			Motivo: Fecha: / /
42.- ¿Se ha practicado exámenes de Papanicolau (PAP) en los últimos 3 años?			Cuándo: / /

Confirmo la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de IAFAS – FOSFAP y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Asimismo, declaro tener conocimiento que IAFAS – FOSFAP podrá disponer la práctica de exámenes médicos, si fuera necesario.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: / /

\_\_\_\_\_  
Firma

ANEXO “E”

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL PLAN DE SALUD  
COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR**



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por esta IAFAS – FOSFAP. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final:	Titular		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1.- ¿Te han diagnosticado, has recibido tratamiento, conoces tener o padecer o haber padecido de cáncer o tumor maligno o enfermedad oncológica?								
2.- ¿Te realizarás o te encuentras realizando pruebas y/o exámenes para descarte de enfermedad oncológica?								
3.- ¿Fumas o has fumado diariamente 20 o más cigarrillos?								
4.- ¿Tus padres o hermanos padecen o han padecido o fallecido de cáncer a la mama o al colon? Detalla diagnóstico e indica parentesco:								
Si alguna respuesta fue afirmativa por favor indicar:								
Número de la pregunta que contestó	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad, dolencia o tratamiento	Fecha de la atención y lugar (clínica o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual				

Confirmando la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de IAFAS – FOSFAP y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Asimismo, declaro tener conocimiento que IAFAS – FOSFAP podrá disponer la práctica de exámenes médicos, si fuera necesario.

FIRMA \_\_\_\_\_

Fecha: / /

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO – ACTIVIDAD**



**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS**

Yo,.....Grado:.....

Identificado con el NSA: ..... DNI: ..... UNIDAD: .....

Domiciliado en: .....

Cel / Telf: ..... Correo electrónico: .....

Autorizo a la IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú a efectuar los trámites correspondientes para que se realicen los descuentos acordados de mi Remuneración o Pensión, por intermedio del SINFA, DIGEPREV (OPREFA) o CAMIP según corresponda, por concepto de aportes a los Planes Complementarios de los cuales me encuentro inscrito.

54-01 Aporte Padres (Plan de Salud y Plan Oncológico)

54-02 Copago por atenciones Extra – FAP LIMA (Salud)

54-05 Copago por atenciones Extra – FAP PROVINCIA (Salud)

54-08 Aporte Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

54-09 Aporte Plan de Salud Complementario Familiar

54-10 Copago atenciones de Padres (Plan Oncológico)

54-11 Copago de atenciones de Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar

Lima, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular



Huella Digital

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – OPREFA**



**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO  
DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS  
(DGEPREV-MINDEF)**

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ y con CIP N° \_\_\_\_\_, actualmente en situación de retiro de: EP ( ) FAP( ) MGP( ), perteneciente al régimen: Militar ( ) Civil ( ) Otros ( ) con tipo de pensión: Titular ( ) Sobreviviente ( ), domiciliado en \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_.

**AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA** a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que han sido remitidos y registrados por la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP**, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

Crédito       Aporte<sup>1</sup>       Cuota<sup>2</sup>       Otros<sup>3</sup>

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavín de Huantar	Otros (Indicar)
1							
2							
3							

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, de constancia que la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP.

**DECLARACIÓN OPCIONAL:**

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD -IAFAS FOSFAP.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

Post Firma: \_\_\_\_\_

D.N.I (CE) : \_\_\_\_\_



Huella Digital

Nota:  
-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.  
-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS, DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

<sup>1</sup> Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.  
<sup>2</sup> Relacionado a una prestación de salud.  
<sup>3</sup> Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

*El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.*

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS – CAMIP**



**FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO  
A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL**

Yo.....  
grado.....instituto ..... identificado con  
CIP....., y DNI....., domiciliado en  
.....del distrito..... y provincia de  
....., con teléfono fijo.....y número de celular..... y  
correo electrónico.....

Autorizo a la **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - IAFAS FOSFAP**, a efectuar descuentos por el concepto de **Aportes y Copagos**, sobre mi pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.

De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5° y 6° del Decreto Supremo N° 010-2014-EF**.

La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad **IAFAS-FOSFAP** es el único responsable del monto del descuento enviado y ejecutado por la Caja de Pensiones Militar Policial, sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrarse conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad **IAFAS-FOSFAP**.

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° ....., suscrito entre la entidad y el pensionista.

Lima, ..... de ..... del 202....

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**DNI N°**

ANEXO "I"

DECLARACIÓN JURADA DE ASUMIR EL APOORTE DEL ESTADO



IAFAS – FOSFAP

DECLARACIÓN JURADA DE ASUMIR EL APOORTE DEL ESTADO

N° \_\_\_\_\_

Yo, (apellidos y nombres) en mi calidad de Titular \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con grado \_\_\_\_\_, NSA \_\_\_\_\_, o en mi calidad de Beneficiario de Pensión: cónyuge ( ), hijo menor de edad ( ), hijo con incapacidad total y permanente para el trabajo ( ), padre ( ), madre ( ), con domicilio en \_\_\_\_\_ departamento \_\_\_\_\_, N° telefónico \_\_\_\_\_ y dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento que me encuentro realizando el trámite correspondiente ante DIGPE para percibir la pensión por cambio de situación militar retiro ( ), disponibilidad ( ), subsidio o pensión por fallecimiento del titular ( ) o excepcionalmente, disponibilidad sin pensión ( ).

Asimismo, declaro conocer la siguiente información:

- En caso no realizar el pago del aporte obligatorio del Estado y aportes facultativos se suspenderá el financiamiento de la IAFAS-FOSFAP respecto a los planes de aseguramiento de salud a los cuales me encuentre adscrito.
- En caso el MINDEF o DIGPE realice el reintegro del aporte obligatorio del Estado a la IAFAS-FOSFAP, autorizo que el monto pagado se asuma como pagos a cuenta a favor de los aportes facultativos, para lo cual me comunicaré con la Sección de Cuentas Corrientes para los trámites correspondientes.
- En caso pasar a la situación militar de retiro sin pensión, y la IAFAS-FOSFAP financie las prestaciones de salud a mi favor, derechohabientes o los que en su momento fueron declarados como potenciales beneficiarios, la IAFAS-FOSFAP iniciará las acciones legales correspondientes, a fin de exigir el pago del valor de la totalidad de los servicios prestados de manera indebida.
- En caso no hubiera requerido el financiamiento de la IAFAS-FOSFAP sobre las prestaciones de salud, la IAFAS-FOSFAP no devolverá los aportes pagados (sea del Estado como los facultativos), debido que tienen carácter cancelatorio.

Efectúo la presente declaración asumiendo responsabilidad penal en caso de resultar falso lo expresado de acuerdo a la Ley 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y Código Penal vigente, firmando la misma en señal de conformidad.

Lima,.....

\_\_\_\_\_

Firma

DNI N°

**FORMATO DE SUSPENSIÓN DE LOS PLANES DE SALUD OFERTADOS  
POR LA IAFAS-FOSFAP**



**SUSPENSIÓN A LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO DE SALUD OFERTADOS  
POR LA IAFAS-FOSFAP**

NSA: ..... Nombre y Apellido: .....

Beneficiaria: .....

Departamento / Sección: .....

Detalle el plan (es) al cual se va realizar la suspensión por falta de pago del aporte del Estado y/o aporte facultativo:

- 5499 - FOSPEMFA (APORTE DEL ESTADO) – PLAN ESPECIFICO DE SALUD
- 5401 - PLAN DE SALUD PADRES
- 5408 - PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR
- 5409 - PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

Firma del Jefe del Departamento y/o Sección	Firma del encargado del proceso de pagos	Recepción del Jefe Dpto./Sección

ANEXO "K"

**FORMATO DE ACTIVACIÓN DE LOS PLANES DE SALUD OFERTADOS  
POR LA IAFAS-FOSFAP**



**ACTIVACIÓN A LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO DE SALUD OFERTADOS  
POR LA IAFAS-FOSFAP**

NSA: ..... Nombre y Apellido: .....

Beneficiaria: .....

Departamento / Sección: .....

Detalle el plan (es) al cual se va realizar la activación:

- 5499-FOSPEMFA (APORTE DEL ESTADO) – PLAN ESPECIFICO DE SALUD
- 5401-PLAN DE SALUD PADRES
- 5408- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR
- 5409- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

Firma de Jefe de Dpto./Sección	Firma del encargado del proceso de pagos	Recepción del Jefe Dpto./Sección

**FORMATO DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES DE SALUD  
OFERTADOS POR LA IAFAS-FOSFAP**



**DESAFILIACIÓN A LOS PLANES DE ASEGURAMIENTO DE SALUD OFERTADOS  
POR LA IAFAS-FOSFAP**

NSA: ..... Nombre y Apellido: .....

Beneficiaria: .....

Departamento / Sección: .....

Detalle el plan (es) al cual se va realizar la desafiliación:

- 5499-FOSPEMFA (APORTE DEL ESTADO) – PLAN ESPECIFICO DE SALUD
- 5401-PLAN DE SALUD PADRES
- 5408- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCOLÓGICO FAMILIAR
- 5409- PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

Firma de Jefe de Dpto./Sección	Firma del encargado del proceso de pagos	Recepción del Jefe Dpto./Sección

ANEXO "M"

**FORMATO DE SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS**



**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS**

SOLICITUD N° \_\_\_\_\_

**Datos del Titular:**

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

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

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

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario:**

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

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

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge  Padre / Madre

Dirección: \_\_\_\_\_

Expreso mi deseo de no seguir perteneciendo al Plan de Salud Complementario Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Padres ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Padres ( ) y autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS – FOSFAP realizar los trámites administrativos, de corresponder, que sean necesarios, a fin de que se me exceptúe de los descuentos mensuales por las primas correspondientes a los planes de salud de los cuales me encuentro inscrito, a partir del mes \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_ sin derecho a devolución de mis aportaciones.

Relación de derechohabientes a desafiliar de los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI

Para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- 1.- Copia DNI (Contratante)..... ( ) 2.- Acta de Defunción..... ( )  
 3.- Boleta de Haberes / Pensión..... ( ) 4.- Acta de Divorcio..... ( )  
 5.- Otros..... ( )

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

--	--

Firma

Huella

**Celular:** 953 744 396

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

DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN A LOS PLANES DE SALUD

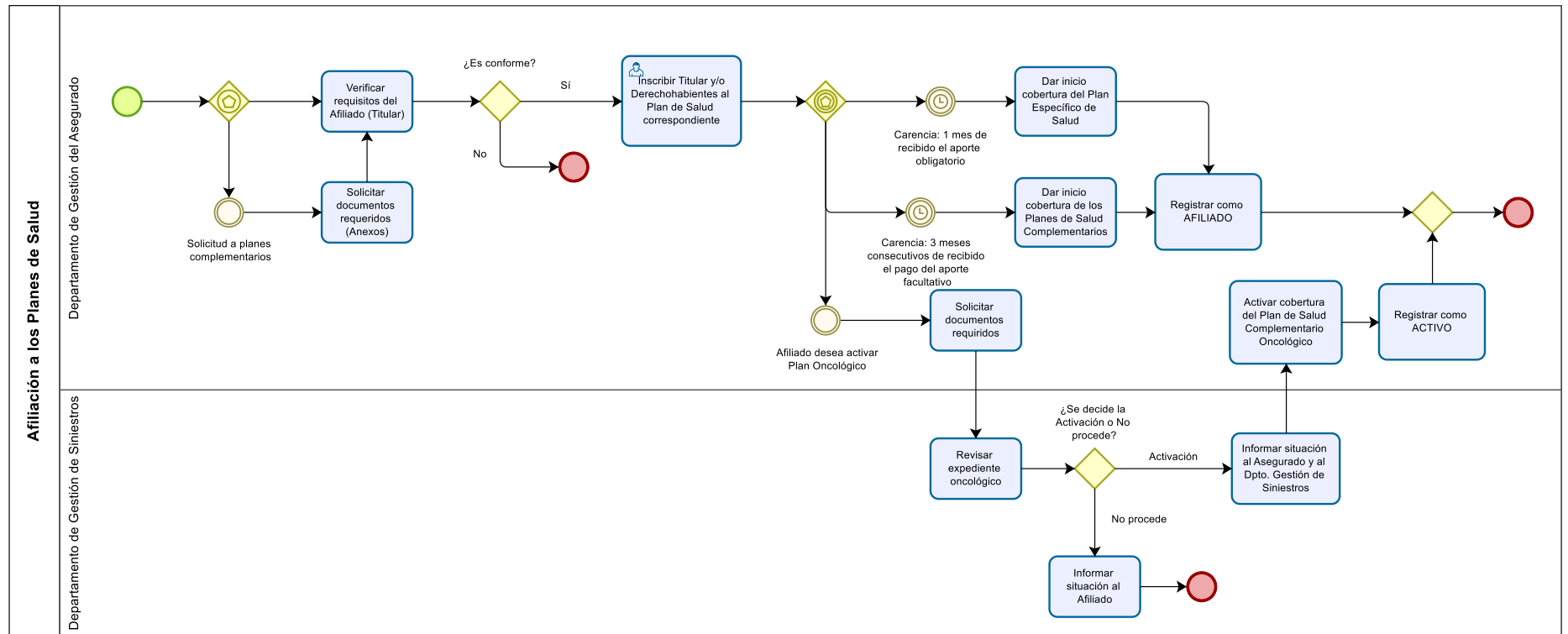
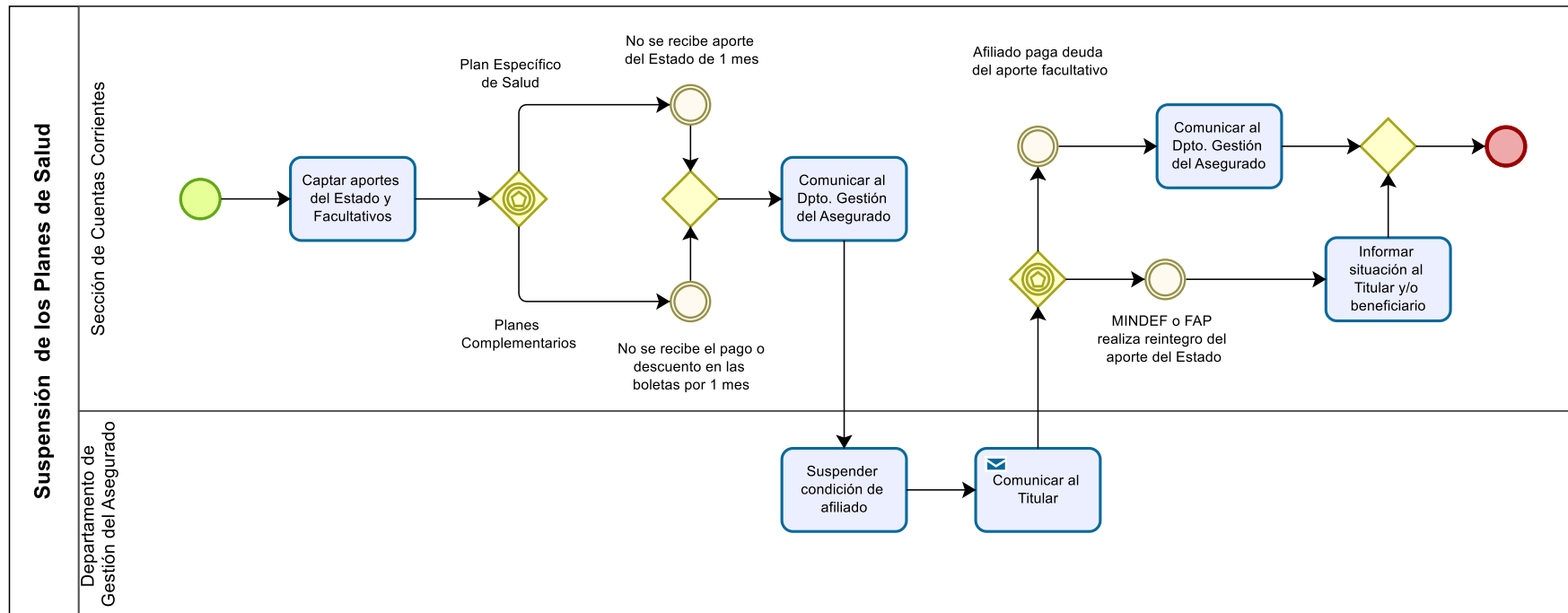


DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE SUSPENSIÓN DE LOS PLANES DE SALUD



**DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN ESPECÍFICO DE SALUD**

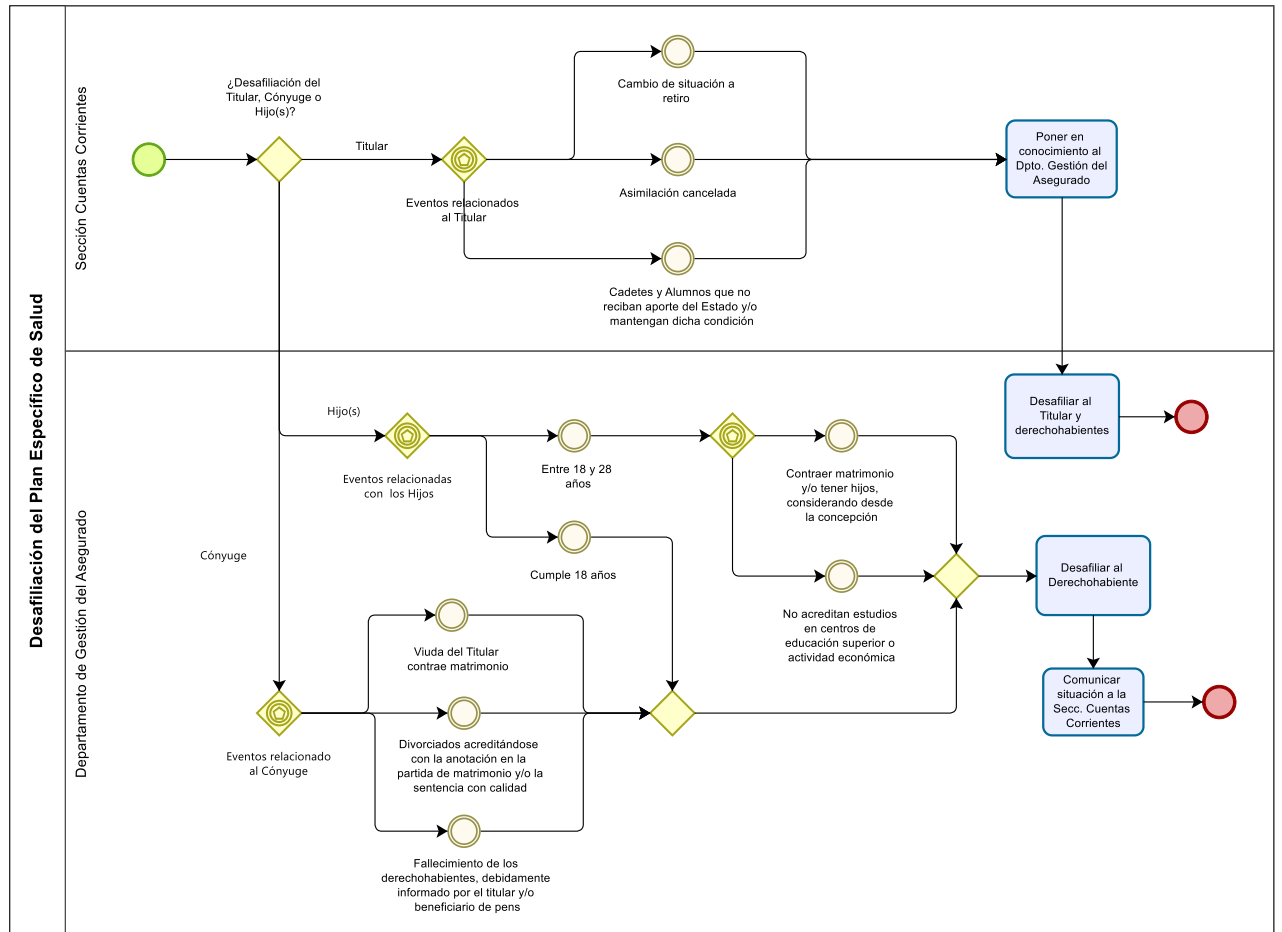


DIAGRAMA DE PROCEDIMIENTO DE DESAFILIACIÓN DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

