

ANEXO "A"

FORMATO DE SOLICITUD DE BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO



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

SOLICITUD DE BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

.....

.....

.....

.....

IMPORTE TOTAL DE LA DEUDA:

COPAGO: 5402-ATENCIÓN EXTRA FAP LIMA ☐

5405-ATENCIÓN EXTRA FAP PROVINCIA ☐

APORTES: 5401-APORTE DE PADRES ☐

5408-APORTE ONCOLÓGICO FAMILIAR ☐

5409-APORTE PLAN DE SALUD FAMILIAR ☐

PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1.-COPIA SIMPLE DE DNI
- 2.-BOLETA DE HABERES/PENSIÓN
- 3.-COPIA DE CARTA ENTREGADA POR IAFAS CON PLAZO DE 15 DIAS
- 4.-COPIA DE HOJA DE LIQUIDACIÓN Ó NRO DE H.L:.....

DATOS OBLIGATORIOS DEL TITULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

NSA:.....DNI:.....

GRADO:.....UNIDAD/LUGAR DE COBRO:.....

EMAIL:.....TELF/CEL:.....FIJO:.....

SANTIAGO DE SURCO,.....DE.....DEL 20....

HUELLA
DIGITAL

FIRMA