



ANEXO “B”

COMPROMISO DE PAGO N°

Yo, _____ identificado con
NSA _____ y DNI _____, en situación militar
de _____ en calidad de titular ☐ cónyuge ☐ hijo ☐
afiliado a los planes de salud que financia la IAFAS-FOSFAP.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

A la fecha de suscripción de la presente, reconozco mantener
una deuda de Y/100
SOLES (S/.), generado de los aportes facultativos pendientes de pago
y/o deducibles y copagos correspondientes de las prestaciones de salud
recibidas, según los planes de salud, financiados por la IAFAS-FOSFAP, la cual
me comprometo a pagar íntegramente de acuerdo a los plazos y montos
establecidos en el Cronograma de Pago N°

Asimismo, declaro bajo juramento conocer las causales por
perder el beneficio de fraccionamiento, así como sus efectos y otros
considerados en la Directiva Administrativa N° 001-2026-IFGF/CC, motivo por el
cual, me sujeto a las condiciones previamente señaladas por la IAFAS-FOSFAP,
a fin de acceder nuevamente al financiamiento de las prestaciones de salud.

Santiago de Surco,

HUELLA
DIGITAL

Grado Nombre y Apellidos
NSA N°

RESPONSABILIDADES DE LOS ASEGURADOS O CONTRATANTES DE LA IAFAS-FOSFAP

- Cumplir con el pago de las cuotas del beneficio de fraccionamiento aprobado, antes del vencimiento del plazo concedido.
- Suscribir las pólizas de los planes complementarios previo a recobrar el derecho a gozar de los beneficios de los planes complementarios que corresponda.

CAUSALES DE LA PÉRDIDA DE FRACCIONAMIENTO

El asegurado o contratante pierde el beneficio de fraccionamiento en cualquiera de los siguientes supuestos:

- Cuando no cumpla con el pago de una (1) cuota dentro de las fechas que correspondan, en Caja Ventanilla de IAFAS, depósitos bancarios a nuestra cuenta del BBVA o descuentos vía planilla de remuneraciones / pensiones, validado por la Sección de Cuentas Corrientes.
- Cuando revoque la autorización de descuento en la FAP, CAMIP, OPREFA, en casos de efectuar pagos mediante descuentos vía planilla de remuneraciones / pensiones.
- Cuando no cumpla con pagar las últimas cuotas en caso obtenga el beneficio por pago puntual.
- Cuando se determine que alguno de los datos o documentación proporcionados por el asegurado o contratante es falsa o se omitieron datos, documentación o circunstancias que hubiera influido en el otorgamiento del mismo.

EFFECTOS DE LA PÉRDIDA DEL BENEFICIO DE FRACCIONAMIENTO

- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de copagos y deducibles, se iniciarán las acciones legales correspondientes para su recupero.
- Cuando se trate de la pérdida del beneficio de fraccionamiento de los aportes facultativos de los planes complementarios financiados por la IAFAS-FOSFAP, se tendrá en consideración los siguientes efectos:
 - Desafiliación de los Planes de Salud Complementario Familiar y de Salud Complementario Oncológico Familiar, existiendo la posibilidad del reingreso de acuerdo a lo detallado en el Cláusula Vigésimo Segunda de la Póliza correspondiente.
 - Desafiliación de los Planes de Salud Complementario Padres y Complementario Oncológico Padres, no existiendo la posibilidad del reingreso.

En ambos casos, la Sección Cuentas Corrientes enviará el Formato de Desafiliación a los planes complementarios (Anexo H) al Departamento de Gestión del Asegurado.

- **En ningún caso, se realizará la devolución de las cuotas pagadas una vez exista la aprobación del beneficio de fraccionamiento.**
- La pérdida de fraccionamiento será comunicada por la Sección Cuentas Corrientes de forma inmediata al asegurado o contratante, comunicando los efectos de tal situación.