

SOLICITUD DE BENEFICIO POR PAGO PUNTUAL



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

SOLICITUD DE BENEFICIO POR PAGO PUNTUAL

JUSTIFICACIÓN:

.....
.....
.....
.....

DESEO QUE ME ACTIVEN EN LOS SIGUIENTES PLANES Y COPAGOS:

COPAGO: 5402-ATENCIÓN EXTRA FAP LIMA
5405-ATENCIÓN EXTRA FAP PROVINCIA

APORTES: 5401-APORTE PLAN DE SALUD PADRES (SALUD/ONCOLÓGICO)
5408-APORTE PLAN DE SALUD ONCOLÓGICO FAMILIAR
5409-APORTE PLAN DE SALUD FAMILIAR

PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1.-COPIA SIMPLE DE DNI
- 2.-COPIA DE COMPROMISO DE PAGO
- 3.-COPIA DE HOJA DE LIQUIDACIÓN Ó NRO DE H.L:.....
- 4.-DJ DE SALUD O COPIA DE RESULTADOS MÉDICOS EMITIDOS POR UN CENTRO DE SALUD DEL MINSA (TITULAR Y DERECHOHABIENTES)
- 5.- COPIA DE LA POLIZA FIRMADA DEL PLAN COMPLEMENTARIO QUE SOLICITA LA ACTIVACIÓN

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