

8	Consumo de tabaco:				Cigarrillos al día:		Años de consumo	
	Titular	SI		NO				
	Dependiente 1	SI		NO				
	Dependiente 2	SI		NO				
	Dependiente 3	SI		NO				
	Dependiente 4	SI		NO				
	Dependiente 5	SI		NO				
9	Han estado asegurados en alguna EPS? Especifique:							
10	Historia Familiar:							
	- Diabetes					- Enfermedad Cardiovascular		
	- Asma					- Cáncer		
	- Hipertensión							

IV. EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre y Apellidos:		Teléfonos:	
Dirección:		Parentesco:	

V. DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE Y SUS DEPENDIENTES:

Bajo declaración jurada manifiesto:

Que la información aquí proporcionada así como la Declaración de Salud que es parte del presente documento es completa, cierta, veraz y que cualquier omisión reticencia, disminución o falsedad, anulada de hecho el contrato y en consecuencia toda obligación del programa contratado.

Que sólo la Oficina de Afiliación de la IAFAS FOSFAP tiene facultad de resolver sobre la aceptación de esta solicitud en relación a la identificación y determinación de preexistencias.

Que es de mi entendimiento que el convenio se resuelve de hecho por falta de pago de tres cuotas mensuales consecutivas y cinco alternas, que la incorporación resultante de este documento podrá ser resuelta por el afiliado por escrito con una anticipación de 30 días, debiendo estar al día en sus pagos.

Declaro conocer que el Plan de Salud contratado reconoce parcialmente enfermedades preexistentes o congénitas, por lo que autorizo a la IAFAS FOSFAP y por ende me facturen y cobren por cualquier servicio que me brinden por una enfermedad o dolencia congénita o que resulte preexistente al inicio del contrato de servicio de salud, según lo establecido en las condiciones generales, reconociendo la obligación generada por la prestación recibida.

Lima, de del 20.....

Contratante:	
Parentesco :	
DNI N° :	

"Este contrato podrá ser resuelto unilateralmente por IAFAS FOSFAP (incluye dependientes), carecerán de todo derecho si realizaran en cualquier tiempo declaración falsa o inexacta, omisión de información, reticencia, o disimulación de circunstancias relativas a su salud o de la de sus Dependientes registrados, aún cuando haya sido efectuado de buena fe, debiendo asumir la obligación de pago por daños y perjuicios que la declaración hubiera generado".

En caso de cancelación de afiliación no se devolverá los aportes facultativos o primas.

Dirección: Av. Aramburú cuadra 2 S/N Miraflores
(2do Piso del Hospital Central FAP)
www.iafasfap.gob.pe

