



**PROGRAMA MEDICO FAMILIAR- FESUNAT
PADRES E HIJOS MAYORES**

**SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO DE COPAGO PORCENTUAL
POR HOSPITALIZACION**

Nombre del trabajador titular

N° de Registro

Sede

Siendo contratante del Programa Médico Familiar – Autoseguro FESUNAT, solicito se me otorgue el financiamiento del copago que me corresponde asumir, originado por la hospitalización de: _____

(hijo/madre/padre), efectuado en la Clínica _____,

fecha de ingreso _____, por un monto total de _____.

Asimismo, autorizo a la Intendencia Nacional de Recursos Humanos de la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria, se me efectúe el descuento correspondiente a través de la Planilla de Haberes.

Lima _____ de _____ del 20....

Firma del trabajador
Registro
DNI
Dir.
Telef.



**PROGRAMA MEDICO FAMILIAR- FESUNAT
PADRES E HIJOS MAYORES**

COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DE FESUNAT

**COMPROMISO DE DESCUENTO PARA CONSTITUCIÓN DE FONDO INTANGIBLE
POR COBERTURA AL 100% POR FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE
DEL TITULAR DEL PRÉSTAMO**

Yo, _____, con DNI
N° _____ autorizo a la Intendencia Nacional de Recursos Humanos de la
Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria, se me descuenta
de la Planilla de Remuneraciones y/o de mis Beneficios Sociales, el importe mensual de
S/.10.00 (diez soles), adicional a la cuota mensual por el préstamo vigente que mantengo
con el FESUNAT.

Lima _____ de _____ del 20....

Firma del trabajador
Registro
DNI
Dir.
Telef.