

Fecha de solicitud:

PLAN DE SALUD AUTOSEGURO FESUNAT
SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA HIJOS MAYORES DE 18 A 25 AÑOS

AFILIACIÓN ()

Con la recepción de la presente solicitud no se obtiene la afiliación a FESUNAT (IAFAS). Ésta comienza a regir previa evaluación y a partir del primer día del mes siguiente de haber realizado el pago correspondiente a su plan de salud, considerando la fecha de cierre de inscripciones establecida.

DATOS DEL TRABAJADOR - TITULAR (CONTRATANTE)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
TELEFONO CASA	CELULAR	DNI/CE	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	
FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE DOMICILIO (INCLUIR DISTRITO)		

DATOS DEL AFILIADO

PARENTESCO	NRO DNI/CE	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NAC. DD/MM/AA	EDAD	SEXO	PLAN	ONCO PLUS
Hijo 1 ()							
Hijo 2 ()							
Hijo 3 ()							

Nota: Todos los hijos mayores de 18 años deben estar asegurados en el mismo Plan (Base (B) o Complementario (C))

Nota: Colocar una X si su hijo (a), se le afiliara al plan ONCOPLUS

COSTO DEL PLAN POR AFILIADO

BASE: S/.66.88 + Oncoplus S/.20.09
 COMPLEMENTARIO: S/.112 + Oncoplus S/.20.09

MONTO TOTAL

* Para el Plan Oncologico, el titular debe estar afiliado a la EPS: SI () NO ()

AUTORIZACIÓN, DECLARACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo a la INRH descuento por planilla la prima que corresponde asumir por la afiliación de mi(s) hijo(s) mayor(es) de 18 años al plan de salud de la IAFAS AUTOSEGURO FESUNAT.

Asimismo, declaro haber recibido el Manual del afiliado, tabla de beneficios y red de clínicas afiliadas donde se estipulan todas las condiciones del Plan de salud, incluidos los gastos no cubiertos y exclusiones.

Finalmente, de conformidad a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente autoriza de forma expresa a la IAFAS, el tratamiento y transferencia de sus datos personales y datos sensibles para los efectos de lo dispuesto por la normativa, así como para el envío de promociones e información de diferentes productos o servicios de la IAFAS o terceros administradores en beneficio del afiliado.

Asimismo autorizo en forma expresa a que la IAFAS encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero administrador a quien encargue el control de sus procesos de aseguramiento. El archivo de la información se encuentra bajo la supervisión de la IAFAS, quien asume la adopción de las medidas de seguridad para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejecutar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.



ANTONIO LUIS ALZAMAN CALLES
 GERENTE GENERAL
 FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUNAT
 FESUNAT

GERENTE FESUNAT

FIRMA DEL CONTRATANTE

DNI:

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

Autorizo a la IAFAS a que toda la documentación asociada a la renovación de mi(s) plan(es) o al cobro de los mismos u otro sea enviada de forma virtual al correo electrónico declarado en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN:

SI ()

NO ()