



El Fondo de Sepelio de la FAP (FOSEPFAP), representado por su Director Ejecutivo, suscribe el presente Contrato de Prestación de Servicios Funerarios con el:

1.- SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE:

Nombres y Apellidos: _____

con DNI N° _____ NSA _____, Unidad FAP _____

domiciliado en _____

Parentesco con el fallecido: _____, Correo electrónico: _____

Teléfonos: 1 _____ 2 _____ 3 _____

2.- DATOS DEL TITULAR AFILIADO:

Nombres y Apellidos: _____

con DNI N° _____ NSA _____ Unidad FAP _____

domiciliado en _____

Correo electrónico: 1. _____ 2. _____

Forma de pago de los aportes: _____

FAMILIARES O PERSONAS DE CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Teléfono	Correo Electrónico

3.- DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos: : _____

DNI N° _____, NSA _____ parentesco con el titular: _____ edad: _____ años,

de Estado Civil de acuerdo al DNI: _____ natural de _____

último domicilio: : _____

Fecha Nacimiento: _____, Fecha Fallecimiento: _____ Hora Fallecimiento _____

Lugar del fallecimiento: : _____

Causas del fallecimiento: : _____

4.- BIENES Y SERVICIOS OTORGADOS AL PERSONAL TITULAR (MILITAR-CIVIL) Y/O CONTRATANTE:

Encontrándose el titular y/o beneficiario en la condición de aportante activo al FOSEPFAP, las partes acuerdan que el FOSEPFAP le proporcione al solicitante o contratante los servicios funerarios consistentes en:

a.- Inhumación:

Cementerio _____ Contrato N° _____

Nicho FOSEPFAP Cobertura Familiar

Sepultura FOSEPFAP Cobertura Familiar

Nivel 1 Nombre: _____

Nivel 2 Nombre: _____

Compartida

El titular y/o Contratante deberá indicar preferentemente el nombre de la persona a quien se le otorgaría el segundo nivel:

b.- Cremación:

Crematorio: _____ FOSEPFAP Cobertura

Columbario : si no

Lugar: _____

Urna Horizontal Vertical Casita Color: _____

Fecha de Sepelio o Cremación: _____ Hora: _____

c.- Velatorio:

Sala (cobertura) Domicilio

Velatorio _____

Referencias del velatorio: _____

d.- Ataúd:

Si No

Metal Cobertura

Estándar Semiviciado Párvulo Color: _____

e.- Tratamiento Cadáver:

Si No

Acondicionamiento/formolización Tratamiento tanato-estético

f.- Capilla Ardiente:

Si No

Código (1-8) Cirios Focos

Candelabros Cristo(imagen) Soporte de Cristo Reclinatorio

Caballote Tarjetero Porta letrero Portarretrato Flamas

Manto Parantes de Manto Travesaño Alfombra

g.- Vehículos:

Si No

Carroza Floral Acompañante (11 pasajeros aprox.)

Vehículo para traslado de capilla ardiente y cadáver

h.- Cargadores:

Si No Empresa: _____

i.- Trámites Administrativos ante la RENIEC:

Si No

j.- **Traslado del féretro** de la ciudad de Lima a _____ Vía _____

5.-ASPECTOS GENERALES

- 1) **DECLARO:** Conocer que cuando no uso la sepultura o nicho del FOSEPFAP, este abonará directamente por dichos conceptos al Camposanto, Municipalidad, Beneficencia Pública y a las Funerarias que tenga Contrato vigente en provincia hasta el monto máximo establecido en el cuadro de coberturas vigente.

- 2) **DECLARO:** Conocer que cualquier abono y/o reembolso, deberá estar sustentado con la documentación de valor contable y legal a nombre del **FONDO DE SEPELIO DE LA FAP** con RUC **20505143150** con la descripción del servicio otorgado, caso contrario **autorizo** el descuento de mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales por dichos conceptos hasta su cancelación total.
- 3) **DECLARO:** Conocer que está prohibido el uso del vehículo Carroza para el transporte de arreglos florales y otros, así como en recorridos no establecidos ni autorizados.
- 4) **DECLARO:** Conocer que no existe pago alguno por ningún motivo al personal del FOSEPFAP por los servicios recibidos, así como he sido informado y alertado de la existencia de llamadas de estafadores y/o extorsionadores exigiendo pagos y depósitos dinerarios.
- 5) **DECLARO:** Conocer que después del servicio recibido, me encuentro en la condición de **AFILIADO OBLIGATORIO** del FOSEPFAP, comprometiéndome en mérito a lo dispuesto en el art. 1956° del Código Civil como Promesa Unilateral, asumir el pago mensual de los aportes o el monto total del valor de los servicios recibidos, **autorizando al FOSEPFAP efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o cargado a mis aportes mensuales**, hasta cubrir el monto de lo adeudado, más los intereses acumulados hasta la fecha de su cobro.
- 6) **ACEPTO Y ME COMPROMETO:** Asumir el costo total por deterioro o pérdida de Capilla Ardiente, sus componentes y demás accesorios entregados, los mismos que se encuentran señalados en el acápite f.-, cancelando en el Banco autorizado por el FOSEPFAP, caso contrario autorizo se efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales, hasta cubrir el monto de lo adeudado.
- 7) **ACEPTO:** Al no hacer uso del servicio de cremación otorgado por el FOSEPFAP, sólo se reconocerá y abonará directamente al Crematorio hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Cobertura vigente.
- 8) **DECLARO:** Conocer que el uso de columbario será de acuerdo a disponibilidad del FOSEPFAP.
- 9) **DECLARO:** Conocer que **el ataúd** usado no será devuelto al FOSEPFAP, por motivos de Salud Pública.
- 10) **ACEPTO:** Asumir los costos por concepto de **embalsamamiento** y autorización de DISA cuando la sepultura o cremación se realiza después de las 48 horas del fallecido.
- 11) **ACEPTO:** Asumir los importes que superan los montos máximos establecidos en el cuadro de cobertura vigente.
- 12) **DECLARO:** Conocer que el Titular y/o familiares beneficiarios que tiene deudas de los aportes, no podrá continuar afiliado al FOSEPFAP, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 13) **AUTORIZO:** Al FOSEPFAP utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, cuando el titular, solicitante, contratante o beneficiario tenga deudas de sus aportes y/o haya sido desafilado de acuerdo a la normatividad vigente.
- 14) **AUTORIZO:** Al FOSEPFAP, utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, en caso haya sido cremado o sepultado en otro lugar.
- 15) **AUTORIZO:** Recibir información a través de la plataforma EQUIFAX-INFOCORP (mensajes de textos, correos electrónicos, o cartas físicas) en el caso de no cumplir con mis aportes al FOSEPFAP.
- 16) **ACEPTO:** La inclusión del reporte de mis deudas en la base de datos de INFOCORP.

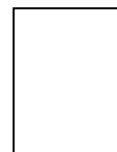
Santiago de Surco, _____ de _____ del 20_____

Director Ejecutivo

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI N° _____



Gestor Funerario y/o funeraria: _____ Firma: _____