



FONDO DE SEPELIO DE LA FAP

FICHA DE AFILIACIÓN

1.- DATOS DEL TITULAR:

Nombres y apellidos: _____ DNI N° _____

Grado: _____ NSA: _____ Unidad: _____ Actividad () Disponibilidad () Retiro () Cesante ()

Dirección: _____ Distrito: _____

Provincia: _____ Dpto.: _____ Fecha Nacimiento: _____ Fecha Ingreso FAP: _____

Teléfonos: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Correo Electrónico: 1 _____ 2 _____

2.- DATOS DE LOS BENEFICIARIOS: En pleno uso de mis facultades declaro como mis familiares beneficiarios del FOSEPFAP a:

Familiares	Nombres y Apellidos	DNI	Fecha Nacimiento	Correo Electrónico	Teléfonos
Padre					
Madre					
Cónyuge					
Hijo (1)					
Hijo (2)					
Hijo (3)					
Hijo (4)					
Hijo (5)					

Por lo cual presento:

- a.- Copia simple de mi DNI
- b.- Copia simple del DNI de mis beneficiarios: Padres Cónyuge Hijos
- c.- Copia certificada o Legalizada de Partida de Nacimiento (hasta 3 meses de vigencia): Titular Hijos
- d.- Copia certificada o legalizada de Partida de Matrimonio del Titular (hasta 3 meses de vigencia)
- e.- Copia certificada de Resolución de Adopción que acredite ser hijo(a) adoptivo(a)
- f.- Documentos de discapacidad: Certificado de Discap. Res. de Discap. Carnet CONADIS
- g.- Documentos que acreditan estudios superiores



Son beneficiarios del FOSEPFAP: El titular, el (la) cónyuge, las viudas (os), padres biológicos o adoptivos (con resolución de adopción), hijos menores de 18 años, hijos solteros hasta los 25 años (cursando estudios superiores), hijos mayores discapacitados (adquirida antes de los 18 años).- *Manual de Administración del FOSEPFAP.*

3.- FAMILIARES O PERSONAS DE CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Teléfono	Correo Electrónico

Yo, _____ con DNI N° _____,

habiéndome afiliado al FOSEPFAP como titular y a mis beneficiarios, en mérito a lo dispuesto en el artículo 1956° del Código Civil, Promesa Unilateral, donde se establece que: *"el promitente queda obligado, por su sola declaración de voluntad, a cumplir una determinada prestación en favor de otra persona.*

Para que el destinatario sea acreedor de la prestación es necesario su asentimiento expreso o tácito, el cual opera retroactivamente al momento de la promesa" me someto a cumplir con las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES DEL TITULAR:

- Cumplir con las disposiciones contenidas en el Manual de Administración del FOSEPFAP y otras disposiciones emanadas por la Junta de Administración y la Dirección Ejecutiva del FOSEPFAP.
- Cumplir con el **pago de las aportaciones mensuales** y otros compromisos asumidos con el FOSEPFAP.
- Cuando el deceso ocurra en Lima o Callao, comunicar al FOSEPFAP, en el término de la distancia el fallecimiento del afiliado, acudiendo a las instalaciones del FOSEPFAP a fin de presentar el Certificado de Defunción, DNI del fallecido y demás documentación requerida para la suscripción del Contrato de Servicio Funerario.
- Cuando el deceso ocurra en provincias, comunicaré al FOSEPFAP y tomaré los servicios de sepelio de las Funerarias que tienen contratos vigentes con el FOSEPFAP.
- Cuando el deceso ocurra en lugares donde no exista contrato vigente de Funerarias con el FOSEPFAP, comunicaré al FOSEPFAP para recibir la autorización para ser atendido por Funeraria de la zona.
- Presentar la documentación cuando exista algún cambio de mis beneficiarios (divorcios, estudios, discapacidad de los hijos).
- Mantener actualizado los datos personales y de mis beneficiarios, a través de la página WEB del FOSEPFAP.
- Verificar los descuentos efectuados a través de mis remuneraciones y/o pensiones o pagos por el banco, para no estar en la condición de desafiliado.

AUTORIZANDO AL FOSEPFAP:

- Cancelar mi condición de afiliado y suspender los beneficios de los servicios funerarios** y a mis beneficiarios por los siguientes motivos:
 - Renuncia voluntariamente al FOSEPFAP, perdiendo todo derecho de reingreso al sistema y de reintegro de sus aportaciones.
 - Al cónyuge del titular, por divorcio.
 - A la viuda, por contraer nuevo matrimonio. (*)
 - A los hijos del titular, por contraer matrimonio.
 - Al titular o beneficiario, cuando presente documentos falsos o adulterados de manera dolosa, con el fin de obtener un beneficio económico del FOSEPFAP.
 - Al titular o beneficiario afiliado cuando se atrase más de doce (12) meses en el pago de sus aportes.

(*) Los padres del titular fallecido podrán continuar con los beneficios de los servicios funerarios del FOSEPFAP, siempre cuando presenten una solicitud que desean seguir pagado los aportes mensuales



- b. Efectuar el descuento o retención de mis haberes y/o pensiones para el pago de los aportes.
- c. Recibir información a través de la plataforma EQUIFAX-INFOCORP (mensajes de textos, correos electrónicos, o cartas físicas) en el caso de no cumplimiento en los aportes al FOSEPFAP y la inclusión del reporte de mis deudas en la base de datos de INFOCORP.

Suscribo la presente en señal de conformidad de lo asumido en mi condición de afiliado al FOSEPFAP.

Santiago de Surco, ____ de _____ 20____

Firma: _____

Nombres y Apellidos: _____

DNI N° _____

