



INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO
EN SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ
IAFAS – EP



PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD
"SEGUNDA CAPA"

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

SOLICITO: AFILIACIÓN AL PLAN
COMPLEMENTARIO DE
SALUD "SEGUNDA CAPA"

SEÑOR CRL. EP. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS - EP (FOSPEME)

YO, _____,
Identificado (a) con el CIP N°: _____ y DNI N°: _____,
en situación de _____ con teléfono N° _____,
correo electrónico _____ @ _____ y
domiciliado en _____
ante Ud., con el debido respeto y por conducto regular, me presento y
expongo:

Que, habiendo cumplido con los requisitos exigidos y siendo mi
deseo inscribirme en forma voluntaria al Plan Complementario de Salud
"SEGUNDA CAPA", para acceder a los beneficios que otorga el PLAN. Solicito
a Usted se sirva ordenar a quien corresponda la afiliación de mis
derechohabientes al plan complementario de salud.

POR LO EXPUESTO:

A solicito a Ud., Señor Coronel, acceder a mi pedido.

Jesús María, _____ de _____ del 2022.

POST FIRMA: _____

GRADO: _____

CIP N°: _____

DNI N°: _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- COPIA DEL CIP Y DNI

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"
CONDICIONES GENERALES PARA LA AFILIACIÓN

1. DATOS DEL TITULAR.

APELLIDOS Y NOMBRES _____

GRADO _____ CIP DNI

SITUACIÓN: ACTIVIDAD RETIRO CPMP MONTEPIO

UNIDAD _____ GGUU _____ RM _____

2. ¿QUÉ ES EL PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"?

- Es un PLAN complementario de Salud administrado por la IAFAS-EP (FOSPEME), creado sin fines de lucro, que se autofinancia con el aporte voluntario y solidario de los titulares afiliados. Está dirigido al personal militar del Ejército en situación de actividad, disponibilidad y retiro con derecho a pensión renovable, que se afilien de forma voluntaria.
- El PLAN tiene naturaleza solidaria porque no recibe ingresos económicos por parte del Estado.
- Este PLAN le permite al titular contar con una cobertura económica solidaria para sus derechohabientes (esposa e hijos menores de 28 años) inscritos en el PLAN, que sufran enfermedades, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos que requieran **HOSPITALIZACIÓN**, en la IPRESS MILITAR (Establecimientos de Salud del Ejército), hasta por monto máximo de Treinta mil Soles (\$/ 30,000.00). En el caso que la IPRESS Militar NO cuente con CAPACIDAD RESOLUTIVA, el/la paciente será referido a otra IPRESS Pública de preferencia, en el caso de que no exista podría ser referido a una IPRESS Privada con convenio con la IAFAS-EP y en el caso que sea una emergencia nivel I o II en cualquier IPRESS disponible.
- Para los casos clínicos continuador el PLAN proporciona por **ÚNICA VEZ** una cobertura extraordinaria por el monto de Treinta Mil Soles (\$/ 30,000.00). Una vez hecho uso de esta cobertura extraordinaria el titular compromete perennizar su afiliación al PLAN.

3. ¿QUÉ ES LA PRIMERA CAPA? (*)

Es el monto básico a partir del cual el titular puede solventar los gastos hospitalarios de sus derechohabientes (Esposa e hijos), según la escala vigente determinada por grados.

| OFICIALES | MONTO (\$.) | TÉCNICO Y SSOO | MONTO (\$.) |
|-----------|-------------|----------------|-------------|
| GRAL DIV | 1,600.00 | TCO JEF SUP | 800.00 |
| GRAL BRIG | 1,400.00 | TCO JEF | 800.00 |
| CRL | 1,200.00 | TCO 1ra | 600.00 |
| TT CRL | 900.00 | TCO 2da | 600.00 |
| MY | 800.00 | TCO 3ra | 600.00 |
| CAP | 600.00 | SO 1ra | 500.00 |
| TTE | 500.00 | SO 2da | 500.00 |
| STTE | 500.00 | SO 3ra | 500.00 |

4. ¿QUÉ ES LA "SEGUNDA CAPA"?

Es la cobertura económica que realiza el PLAN a nombre del paciente más allá de la "Primera Capa" hasta por un monto de Treinta mil Soles (\$/ 30,000.00) por familia. Esta escala de aportes está sujeta a variaciones de acuerdo al Estudio Matemático Actuarial que se efectúa cada dos años; para el sostenimiento económico del PLAN. Por el cual el titular afiliado al firmar el presente contrato se sujetará a la nueva escala futuras que pueden ser aprobados por directorio.

| ESCALA DE APORTES SEGÚN EDAD DEL MAYOR BENEFICIARIO HASTA LOS 64 AÑOS. | OO/TCO Y SSOO (\$.) |
|--|---------------------|
| FAMILIAR MENOR DE 50 AÑOS | 25.00 |
| FAMILIAR MAYOR DE 50 A 54 AÑOS | 30.00 |
| FAMILIAR MAYOR DE 55 A 59 AÑOS | 35.00 |
| FAMILIAR MAYOR DE 60 A 64 AÑOS | 40.00 |
| FAMILIAR MAYOR DE 64 AÑOS PREVIAMENTE INSCRITO | 45.00 |

5. ¿A QUIENES CUBRE EL PLAN?

El PLAN brinda la cobertura a los siguientes derechohabientes:

- La/El cónyuge e hijos inscritos en la base de datos del PLAN, con Carnet de Identidad Personal (CIP) vigente.
- La/El hijo(a) menor de edad o el mayor de edad discapacitado en forma total y permanente para el trabajo, debidamente certificado por la IPRESS de la Institución Armada y registrado en el CONADIS.
- La/El hijo (a) mayor de edad que acredite ser estudiante universitario de Pregrado o Instituto de Educación Superior, soltero sin hijos, que dependa económicamente del titular, hasta cumplir los 28 años de edad.

6. RANGO DE EDADES.

- a. Edad máxima de inscripción (esposa) 63 años, 11 meses, 29 días.
b. Edad máxima de cobertura para los hijos(as) 27 años, 11 meses, 29 días.

7. ¿CUÁL ES LA COBERTURA QUE BRINDA EL PLAN?

- a. Este PLAN tiene un periodo de carencia de tres (03) meses de aportación, que se cuenta a partir del primer descuento en la boleta de pago.
b. Sólo se cubre el periodo de hospitalización (desde el internamiento hasta el alta médica del paciente) en la IPRESS Militar, Públicas o Privadas. No se cubre el periodo de consultas ambulatorio, procedimientos médico ambulatorios o tratamientos ambulatorios, Pre operatorios, Post operatorios.
c. Cobertura los Exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico siempre y cuando se derive del proceso de hospitalización como: Exámenes de laboratorio, ecografías, radiología, histopatología, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.
d. Medicinas y material médico gratuito a cargo del IAFAS EP (FOSPEME) que estén incluidos en el Petitorio Único del Ejercito (PUE) y Copago del 30% a cargo del titular para los medicamentos del Listado Especial.
e. Reembolsos por gastos efectuados debidamente sustentados por el titular, revisados y aprobados por el Auditor Médico, con los comprobantes de pago y recetas originales a nombre del paciente.

8. ¿CUALES SON LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES DEL PLAN?

- a. No haber cumplido con el periodo de carencia de tres (03) meses de aportación por planilla de haberes y/o pensión.
b. No cubre gastos hospitalarios en el extranjero.
c. Cirugías estéticas o plásticas para fines cosméticos.
d. Prótesis dentales, ortodoncias e implantes dental.
e. Adquisición de anteojos y cristales (lentes queratoplastia).
f. Suministro de muletas, aparatos o equipos ortopédicos.
g. Prótesis ortopédicas externas y prótesis articulares completas.
h. Prótesis endovasculares, Stent, Cateteres, Válvulas cardiacas, Injertos vasculares, Marcapasos cardiacos Y Válvulas cerebrales.
i. No cubre gastos por tratamientos de enfermedades catastróficas como: cáncer, infección por VIH – Sida, Hepatitis "C", Esclerosis múltiple, Hemodiálisis, Demencia senil, Síndrome ansioso depresivo, Osteoporosis, Dislipidemias, enfermedades Psiquiátricas y Psicológicas, Intento de suicidio y sus secuelas, Enfermedades por uso de estupefacientes, Accidentes de tránsito (cubierto por el SOAT) entre otros.

9. ¿CÓMO SE ACCDE A LA COBERTURA ECONÓMICA DEL PLAN?

Para solicitar la **CARTA DE GARANTÍA** el titular deberá presentar **OBLIGATORIAMENTE** lo siguiente:

- a. Copia del CIP y DNI vigente del titular y paciente.
b. Orden de hospitalización del HMC.
c. Hoja de admisión hospitalaria del HMC.
d. Autorización de descuento de planilla de pago (OEE o CPMP).

Para solicitar la cobertura para los **HIJOS (AS) MAYORES DE EDAD**, el titular presentara además lo siguiente:

- e. Constancia de estudios, certificado de estudios, carnet universitario, boleta de pago, certificado de notas u otro documento que se encuentre vigente que acredite ser estudiante universitario de PRE grado o Instituto Superior.
f. Declaración jurada del hijo(a) que es soltero, que no tenga hijos y que no dispone de otro seguro público (ESSALUD, SIS) hasta cumplir los 28 años de edad.

Para efectos de cobertura se debe considerar el siguiente ejemplo: (*) Referencia PRIMERA CAPA.

| GRADO DEL TITULAR | TCO JEF (R) (S/.) | MONTO REFERENCIAL (S/.) | 800.00 |
|---|-------------------|---|--------|
| Si los gastos por atención Hospitalaria NO SUPERA los: | 800.00 | El gasto lo cancela íntegramente el titular al HMC. | |
| Si los gastos por atención Hospitalaria SOBREPASA los: | 800.00 | El gasto lo asume el PLAN de Salud "Segunda Capa". | |

10. IMPORTANTE.

El titular firma el presente documento en señal de haber tomado conocimiento pleno de las **CONDICIONES GENERALES** para la afiliación al Plan Complementario de Salud "Segunda Capa".

_____ de _____ del 20_____

| |
|----------------|
| HUELLA DIGITAL |
| |

POST FIRMA: _____

GRADO: _____

CIP N°: _____

DNI N°: _____



**INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO
EN SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ
IAFAS – EP**



PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD
"SEGUNDA CAPA"

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

No _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN

1. DATOS DEL TITULAR.

APELLIDOS Y NOMBRES _____
GRADO _____ CIP _____ DNI _____
SITUACIÓN: ACTIVIDAD RETIRO CPMP MONTEPIO
UNIDAD _____ GGUU _____ RM _____
FECHA DE NACIMIENTO EDAD _____
DOMICILIO _____ TELÉFONO FIJO _____
E-MAIL. _____ N° CELULAR _____

2. DATOS DE LA ESPOSA (O) (Edad máxima para la inscripción 63 años, 11 meses y 29 días).

APELLIDOS Y NOMBRES _____
GRADO _____ CIP _____ DNI _____
FECHA DE NACIMIENTO EDAD _____

3. DATOS DE LOS HIJOS (Menores de 18 años).

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO CIP _____ DNI _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO CIP _____ DNI _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO CIP _____ DNI _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO CIP _____ DNI _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____
FECHA DE NACIMIENTO CIP _____ DNI _____

4. DATOS DE HIJOS (Mayores de 18 años) (Edad máxima para la cobertura 27 años, 11 meses y 29 días).

APELLIDOS Y NOMBRES _____

GRADO _____ CIP DNI FECHA DE NACIMIENTO EDAD _____ TRABAJA SI NO ESTUDIA SI NO UNIVERSIDAD INSTITUTO OTROS _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

GRADO _____ CIP DNI FECHA DE NACIMIENTO EDAD _____ESTUDIA SI NO UNIVERSIDAD INSTITUTO OTROS _____

APELLIDOS Y NOMBRES _____

GRADO _____ CIP DNI FECHA DE NACIMIENTO EDAD _____ TRABAJA SI NO ESTUDIA SI NO UNIVERSIDAD INSTITUTO OTROS _____**5. INDICACIONES PARA LA COBERTURA DEL PLAN.**

- a. El titular declara bajo juramento que todos los datos consignados en la presente ficha de inscripción son verdaderos, en caso de falsedad los beneficiarios PIERDEN DERECHO A LA COBERTURA, pues queda entendido que su total veracidad es esencial para los beneficios que brinda el PLAN por ser de naturaleza solidaria y voluntaria.
- b. El titular declara tener conocimiento pleno de los beneficios y obligaciones del PLAN, así como el deber de aportar solidariamente un monto descontable por planilla de acuerdo a la escala vigente, la cual está sujeta a un estudio matemático actuarial reajustable para el sostenimiento económico del PLAN.
- c. La cobertura que brinda este PLAN, entrará en vigencia al término del periodo de carencia de tres (03) meses de aportación por la boleta de pago, que se efectuará después de su inscripción. Para efectuar dicho descuento el titular deberá llenar una Ficha de Autorización de descuento ante la OEE o CPMP (trámite que realizará el PLAN) para su procesamiento, la misma que se renovará automáticamente cada doce (12) meses.
- d. El titular que deje de aportar por tres (03) meses consecutivos, quedara INACTIVO y NO podrá ser coberturado por el PLAN, hasta que regularicen sus aportaciones pendientes de pago, mediante solicitud dirigida al PLAN.
- e. El titular que pase a la situación de retiro, deberá presentar una nueva Autorización de Descuento ante la CPMP y regularizar sus aportes pendientes mediante depósito bancario, a fin de no perder su condición de afiliado al PLAN.
- f. El titular que desee desafiliarse voluntariamente, lo hará a través de una solicitud dirigida al PLAN, siempre y cuando NO HAYA recibido algún beneficio económico por parte del PLAN, de haberlo recibido NO PODRÁ desafiliarse. Por ningún motivo habrá devolución de aportes, por ser un PLAN de ayuda económica solidaria.
- g. El titular firma la presente Ficha de Inscripción en señal de haber tomado conocimiento de las CONDICIONES GENERALES para la afiliación al PLAN, por lo cual autoriza con su firma el descuento por planilla para su aporte mensual.

_____, _____ de _____ del 20_____

| | |
|-----------------------|--|
| HUELLA DIGITAL | |
| | |

POST FIRMA: _____**GRADO:** _____**CIP N°:** _____**DNI N°:** _____



INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO
EN SALUD DEL EJÉRCITO DEL PERÚ
IAFAS – EP



PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo _____
Grado – Arma/Esp _____ Apellidos y Nombres _____

Con CIP N° _____ DNI N° _____ Unidad _____

En situación de _____ CPMP. Montepio.

Domicilio _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Teléfono N° _____ Email _____

AUTORIZO al Plan Complementario de Salud "Segunda Capa", a efectuar el descuento mensual a través de la planilla de haberes y/o pensión, correspondiente a mi aporte económico solidario según la escala vigente. Asimismo, **AUTORIZO** que este descuento se realice a través de la **OFICINA ECONÓMICA DEL EJÉRCITO (OEE)** y/o **CAJA DE PENSIÓN MILITAR POLICIAL (CPMP)**, el mismo que será renovable cada doce (12) meses y solo culminara en caso de que solicite por escrito mi desafiliación voluntaria, siempre y cuando **NO HAYA** recibido algún beneficio económico por parte del PLAN.

Tomo conocimiento que NO existe devolución de aportes por ser este un PLAN de ayuda económica solidaria.

Por lo cual AUTORIZO con mi firma, se efectúe el descuento correspondiente por planilla.

_____, _____ de _____ del 20_____

| | |
|----------------|--|
| HUELLA DIGITAL | |
| | |

POST FIRMA: _____
GRADO: _____
CIP N°: _____
DNI N°: _____

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTE

Esta DECLARACIÓN constituye parte del Contrato del PLAN. Los solicitantes declaran que las respuestas dadas en esta solicitud **SON VERÍDICAS Y COMPLETAS Y QUE ES DE SU CONOCIMIENTO QUE CUALQUIER OMISIÓN O FALSEDAD, ANULA EL CONTRATO DE SEGURO**. La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido o padece cualquiera de las personas que se indican en el seguro, la misma que será considerada como parte del contrato de seguros, siendo este documento válido para la aplicación de coberturas. Todas las preguntas deben ser completadas y contestadas.

Responda cada una de las preguntas indicadas a continuación marcando con una "X" en el recuadro correspondiente. Asegúrese que todas las preguntas estén completas, si alguna respuesta fuera positiva, detallarla al final de las preguntas.

Por favor, asegúrese de responder según el orden de dependientes asignado en la sección de **DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES**.

| PREEXISTENCIAS | CONYUGE | | HIJOS | |
|---|---------|----|-------|----|
| | SI | NO | SI | NO |
| 1. Enfermedades al cerebro o del Sistema Nervioso: Aneurisma, epilepsia o convulsiones, parálisis, apoplejía, malformaciones arteriovenosa, derrame cerebral u accidente cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, migraña o dolor de cabeza a repetición. | | | | |
| 2. Enfermedades mentales, psiquiátricas o trastornos psicológicos: Neurosis, demencia de cualquier tipo, psicosis, depresión, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención, trastornos del desarrollo, retraso mental, insomnio, tics, trastornos de la ingestión de alimentos como anorexia, bulimia, entre otros, tratamientos por cura de reposo o desintoxicación. | | | | |
| 3. Enfermedades del aparato respiratorio: Asma, rinitis, bronquitis crónica, ronquera crónica, sinusitis crónica, enfisema, neumonía a repetición, fibrosis quística pulmonar, tuberculosis, sinusitis a repetición, desviación del tabique o septum nasal, apnea del sueño, hipertrofia de adenoides. | | | | |
| 4. Enfermedades del aparato cardiovascular: Infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardiaca, angioplastia, hipertensión arterial que haya originado más de dos hospitalizaciones, soplo cardiaco, dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos elevados), dolor precordial o de pecho, flebitis, várices, trombosis. | | | | |
| 5. Enfermedades del aparato digestivo y pared abdominal: Dispepsia, gastritis con más de 2 hospitalizaciones, úlcera, esofagitis, estreñimiento, hemorroides, divertículos, poliposis colónica, colon irritable, cirrosis hepática, cólico vesicular, Diástasis de rectos, eventraciones, hernias. | | | | |
| 6. Enfermedades endocrinológicas: Hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes mellitus que haya originado más de dos hospitalizaciones, síndrome de Cushing, adenoma o tumor de hipófisis, hiperprolactinemia. | | | | |
| 7. Enfermedades del aparato genitourinario: Insuficiencia renal, incontinencia urinaria, quistes, cálculos, infecciones urinarias a repetición, glomerulonefritis, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga, próstata, enfermedades de transmisión sexual. | | | | |

| PREEXISTENCIAS | CONYUGE | | HIJOS | |
|---|---------|----|-------|----|
| | SI | NO | SI | NO |
| 8. Infecciones por hongos, bacterias, virus u otros: Brucelosis, hepatitis B o C, VIH, SIDA, malaria, HTLV, cisticercosis u otras enfermedades infecciosas. | | | | |
| 9. Enfermedades ginecológicas: Miomas, fibromas, quiste, adenomas o lipomas, endometriosis, aborto a repetición, amenorrea o alteraciones del ciclo menstrual, displasia cervical, cervicitis crónica, papiloma virus, enfermedad inflamatoria pélvica, disfunción ovárica, síndrome de ovario poliquístico. | | | | |
| 10. ¿Está embarazada actualmente? _____. Tiempo de gestación: _____. ¿Hubo tratamiento de fertilidad? _____. | | | | |
| 11. Enfermedades de la mama: quistes, fibroadenoma, ginecomastia, gigantomastia. | | | | |
| 12. Infertilidad, disfunción sexual, disfunción eréctil, cambios de sexo. | | | | |
| 13. Enfermedades autoinmunes o del tejido conectivo: Lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, fibromialgia, esclerodermia. | | | | |
| 14. Enfermedades o dolencias en los huesos, articulaciones, columna vertebral y músculos: Artritis, artrosis, reumatismo, gota, Cervicalgia, dorsalgia o lumbago a repetición, hernias, discopatía, espondilosis, escoliosis, osteoporosis u osteopenia, amputaciones, deformidades, fracturas o luxaciones. | | | | |
| 15. Enfermedades hematológicas o de la sangre: Anemias, leucemias, policitemia, trastornos de la coagulación, hemofilia. | | | | |
| 16. Enfermedades en los ojos: Cataratas, pterigión (carnosidad), glaucoma, ceguera, enfermedades de la retina, estrabismo, uveítis. | | | | |
| 17. Enfermedades de los oídos: Hipoacusias (sordera), enfermedades del tímpano. | | | | |
| 18. Enfermedades de la piel: Psoriasis, vitílico, acné, rosácea, melasma, paño, dermatitis alérgica, hiperhidrosis, alopecia. | | | | |
| 19. Tumor benigno o maligno, en cualquier órgano o tejido del cuerpo, enfermedad oncológica. | | | | |
| 20. Trasplante de cualquier órgano. | | | | |
| 21. Procedimientos estéticos y/o reconstructivos: Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis o implantes de cualquier tipo. | | | | |
| 22. Enfermedad o defecto de origen congénito, genético o adquirido al nacer. | | | | |
| 23. ¿Practica algún deporte, actividad física de alto riesgo o deporte profesional? Detallar cuál y la periodicidad: _____ | | | | |
| 24. ¿Sus afiliados consumen o han consumido cigarrillos? Nombre y Apellido: _____ Consumo Semanal: _____ cigarrillos. Desde(año) _____ hasta (año) _____ Nombre y Apellido: _____ Consumo Semanal: _____ cigarrillos. Desde(año) _____ hasta (año) _____ | | | | |

PREEXISTENCIAS

25. ¿Alguna de las personas por afiliar consume o ha consumido drogas, estupefacientes o hipnóticos? ¿Alguna de las personas por afiliar es o ha sido farmacodependiente?

Indicarlo:

1. _____

2. _____

26. ¿Alguna de las personas por afiliar recibe algún medicamento actualmente o ha estado recibiendo algún medicamento? Detallar:

1. _____

2. _____

27. ¿Alguno de sus afiliados tiene que ser hospitalizado o recibir tratamiento médico próximamente debido a alguna enfermedad u accidente? Detallar motivo y diagnóstico:

1. _____

2. _____

28. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de algunos de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?

29. Si alguna respuesta fue positiva, especificar:

_____, _____ de _____ del 20____

| |
|-----------------------|
| HUELLA DIGITAL |
| |

POST FIRMA: _____

GRADO: _____

CIP N°: _____

DNI N°: _____

**PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"
PROTECCIÓN DE DATOS**

De conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe la presente solicitud autoriza de forma expresa a la IAFAS – EP, el tratamiento a nivel nacional de sus datos personales y datos sensibles, para los efectos de lo dispuesto por la normativa aplicable para la ejecución del Contrato de Afiliación al Plan.

Autoriza en forma expresa a que la IAFAS del Ejército del Perú encargue el tratamiento de los datos personales a un tercero y que realice un procesamiento automatizado, para fines estadísticos, estudios actuariales, estudios de siniestralidad, Informativos, publicidad y promociones de diferentes productos o servicios de la IAFAS del Ejército del Perú.

Así mismo, el archivo de la información se encuentra bajo la supervisión y control de la IAFAS del Ejército del Perú, quien asume la adopción de todas las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la misma, de acuerdo con 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 ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita.

_____ , _____ de _____ del 20 _____

| |
|-----------------------|
| HUELLA DIGITAL |
| |

POST FIRMA: _____

GRADO: _____

CIP N°: _____

DNI N°: _____



PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD "SEGUNDA CAPA"

DECLARACIÓN JURADA DEL DECLARANTE

La presente Declaración Jurada forma parte del Contrato o de las Condiciones Generales de Afiliación al Plan Complementario de Salud "Segunda Capa" de la IAFAS del Ejército del Perú.

Bajo este contexto, DECLARO, que la información brindada para mi afiliación al PLAN es verdadera, completa y sé que la declaración inexacta, la omisión, simulación o falsedad en las declaraciones brindadas, determinan la nulidad del contrato, siempre que medie dolo o culpa inexcusable.

Declaro que conozco, que la veracidad y exactitud de la información consignada para mi afiliación al PLAN, es esencial para la determinar la cobertura económica, el análisis de siniestralidad, acceso a los beneficios y la decisión final que obrará el Plan Complementario de Salud "Segunda Capa" en virtud de lo que he declarado y firmado.

_____, ____ de _____ del 20_____

| |
|-----------------------|
| HUELLA DIGITAL |
| |

POST FIRMA: _____
GRADO: _____
CIP N°: _____
DNI N°: _____