FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

Yo, ...Grado.....

Situación ..... CIP ..... DNI.....Dependencia .....

Domiciliado en: .....

Telf. Casa: .....Telf. Trabajo.....Anexo .....Cel. .....

Correo electrónico.....

Deseo que la persona inscrita en el Plan de Salud Complementario Onconaval, que a continuación indico:

Apellido y Nombre: .....

Parentesco: ..... Nro. DNI: .....

- sea desafiliada del plan de salud complementario (.....); o,
- pague directamente el valor de la prima (....),

Debido a lo siguiente (Marque obligatoriamente una "X" el motivo correspondiente o especifique el motivo en "Otros"):

- ➢ Cuenta con otro Seguro Oncológico
- ➢ Costo elevado de la Prima
- ➢ Divorcio (Adjuntar partida de matrimonio con anotación de disolución de matrimonio)
- ➢ Fallecimiento (adjuntar certificado de defunción)
- ➢ Otros

Nombre del Seguro: .....

(información necesaria para la verificación en el Sistema de SUSALUD)

.....

Por lo que autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a realizar los trámites necesarios para que se me exceptúe de los descuentos mensuales correspondientes, teniendo conocimiento que no tengo derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

Asimismo, el Titular firmante de la presente solicitud EXPRESA SU CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD de los efectos de esta solicitud, por lo que en caso MI PERSONA EN CONDICIÓN DE TITULAR y/o MI DERECHOHABIENTE sea diagnosticado con cáncer y no se encuentren debidamente afiliados al Plan Onconaval, no podrá ser coberturados por la IAFAS FOSMAR.

Bellavista, ... De.....del 20.....

.....

Firma del Titular

_____

Atendido por

NOTA 1: Este formato será presentado en original y por cada familiar a desafiliar del Plan Onconaval o de su cobro.

NOTA 2: Para el caso del motivo de desafiliación por causal de "Divorcio", el Titular que no pueda acreditar dicha condición deberá presentar una Declaración Jurada de conocimiento de desafiliación (Anexo 1) o la solicitud de continuidad en el Plan de Salud Onconaval (Anexo 2) debidamente firmadas por el o la cónyuge.

"Anexo 1"

PLAN ONCONAVAL

DECLARACIÓN JURADA

Yo :.....

con D.N.I. ..... y con domicilio en ....., calle.....,Nº.....,Distrito.....Provincia..... ..... Departamento....., declaro haber tomado conocimiento de que mi cónyuge (a) ..... , me ha desafiliado del Plan de Salud Complementario Onconaval, **EXPRESANDO MI ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD** de dicha desafiliación. Asimismo, he tomado conocimiento y he recibido la información por parte de IAFAS FOSMAR que a partir de la fecha ya no me corresponde la cobertura oncológica del Plan Complementario Onconaval, siendo de mi entera responsabilidad dicha decisión.

ASIMISMO:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que en mi condición de derechohabiente **EXPRESO MI ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD** que mi Plan de Salud Básico que ofrece la IAFAS FOSMAR, sólo me ofrece cobertura hasta el diagnóstico oncológico, y en caso de enfermedades oncológicas no tendré derecho a cobertura oncológica para el tratamiento, medicamentos, terapias, rehabilitación y cualquier otro tipo de prestación de servicio de salud vinculado al tratamiento de enfermedades oncológicas.

En ....., a ..... de .....de 20..

Firma.....

"Anexo 2"

PLAN ONCONAVAL

SOLICITO : Continuar como afiliada - beneficiaria en el Plan de Salud Complementario Onconaval

SEÑOR CAPITAN DE NAVÍO ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ
SR. C DE N. :

Yo.....
..... identificado con N° de CIP..... y N° de DNI.....domiciliado en .....
....., teléfono N°....., correo electrónico....., autorizo la notificación del resultado de la solicitud al correo consignado (marcar): Si ( ) No ( )

Ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi condición de afiliado(a) del Plan de Salud Básico, por ser derechohabiente del titular ....., de conformidad con lo señalado en el artículo 82 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobado mediante el Decreto Supremo N° 008-2010-SA y de la Ley N° 30181, solicito **CONTINUAR COMO AFILIADA-BENEFICIARIA** en el Plan de Salud Complementario Onconaval, asumiendo la OBLIGACIÓN de realizar el pago mensual correspondiente a la prima del citado plan, a través de la cuenta de recaudo "IAFAS ONCONAVAL" con código (0323102) **AGENTE** Banco INTERBANK, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** sobre los alcances, condiciones, coberturas, exclusiones y demás requisitos establecido en el Plan de Salud Complementario Onconaval. Adicionalmente, expreso que en caso pierda mi condición de DERECHOHABIENTE, no podré continuar como afiliada – beneficiaria del plan de salud complementario onconaval, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** para que la IAFAS FOSMAR proceda a desafiliarme sin derecho a pedir la devolución de los aportes que haya efectuado.

Asimismo, **DECLARO HABER SIDO INFORMADO** por IAFAS FOSMAR que de acumular TRES (3) primas sin pagar en forma consecutivas, seré desafiliado (a) de manera automática del Plan de Salud Complementario Onconaval, sin derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

POR LO EXPUESTO:
A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

Atentamente

_____
Atendido por

.....
Firma