ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Capitán de Corbeta
Jefe de la Oficina General de Gestión
Documentaria y Comunicación de la IAFAS - MGP
de la Marina de Guerra del Perú
Enzo NAVARRO Fuentes

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

R/DN°.045..2026/DIFOSMAR

FOLIO(S): 129-131

26 JUN 2026

Resolución Directoral

Visto, el Informe Técnico N° 13-2026-DGDPS/J-IAFAS FOSMAR del Jefe del Departamento de Gestión de Diseño de Planes de Aseguramiento en salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de fecha 26 de junio del 2026, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", establece que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido;

Que, la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" tiene por objeto garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, el Reglamento de la "Ley de Aseguramiento Universal en Salud" aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos del aseguramiento universal contenidos en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, tiene por objeto establecer las disposiciones para la adecuación administrativa y contable de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas, en consideración a sus fines, naturaleza de la organización y normas presupuestarias, asimismo, su artículo 4° establece que las IAFAS tienen por finalidad recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofertar cobertura de riesgos de salud;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Capitán de Corbeta
Jefe de la Oficina General de Gestión
Documentaria y Comunicación de la IAFAS - MGP
de la Marina de Guerra del Perú
Enzo NAVARRO Fuentes
DOCUMENTO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

R/DN° 045 ..2026/DIFOSMAR

FOLIO(S): ....130.....

26 JUN 2026

Que, el Decreto Legislativo N° 1173, Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas se constituyen en Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), otorgándosele personería jurídica, así como autonomía administrativa y contable dentro de sus respectivas Instituciones Armadas;

Que, la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S, aprueba los "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud a ser suscrito entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud y las Entidades Empleadoras o los Asegurados";

Que, mediante el documento del visto, el Jefe del Departamento de Gestión de Diseño de Planes de Aseguramiento en Salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, manifiesta que a través del Oficio N° 000054-2026-SUSALUD-ISIAFAS de fecha 05 de febrero del 2026, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), remite adjunto el Informe Final de Supervisión de Campo, en el que identifican que la IAFAS FOSMAR estaría presentando entre sus riesgos advertidos: "1. La IAFAS FOSMAR, estaría suscribiendo los contratos de Plan Segunda Capa y Plan ONCONAVAL, que no condicen con lo dispuesto en la normativa vigente (Anexo 3 de la Resolución de superintendencia N° 069-2022-SUSALUD/S)";

Que, el numeral 1.2.1 del inciso 1.2 del artículo 1° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", establece que no son actos administrativos "Los actos de administración interna de las entidades destinadas a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley, y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan". Asimismo, el inciso 7.1 del artículo 7° del mismo cuerpo legal, señala que "Los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades. Son emitidos por el órgano competente, su objeto debe ser física y jurídicamente posible (...)

Por tanto, mediante el presente se cumple con elevar el presente para la aprobación de la Póliza del Plan de Salud Complementario - ONCONAVAL, de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, a fin de socializar y proceder con los trámites correspondientes.

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 26842 "Ley General de Salud", la Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y su reglamento, el Decreto Supremo N° 010-2016-SA que aprueba las "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas – IAFAS Públicas", el Decreto Legislativo N°1173 "Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud", la Resolución de Superintendencia N° 069-2021-SUSALUD/S "Lineamientos, Normas y Cláusulas Generales del Contrato de Aseguramiento en Salud", y el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General";

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Capitán de Corbeta
Jefe de la Oficina General de Gestión
Documentaria y Comunicación de la IAFAS - MGP
de la Marina de Guerra del Perú
Enzo NAVARRO Fuentes
00010509

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

R/DN°.045.....2026/DIFOSMAR

FOLIO(S): .....131.....

26 JUN 2026

Estando a lo recomendado por el Jefe del Departamento de Gestión de Diseño de Planes de Aseguramiento en Salud de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú y contando con visto del Jefe del Departamento de Gestión de Compras de Prestaciones de Salud, Jefe del Departamento de Gestión de Fondos de Aseguramiento en Salud, Jefe del Departamento de Gestión del Asegurado, Jefe del Departamento de Gestión de Siniestros, Jefe del Departamento de Planeamiento y Presupuesto y Jefe del Departamento de Asesoría Legal de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Plan de Salud Complementario ONCONAVAL, de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, por las razones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, el mismo que consta de Condiciones Generales y Condiciones Particulares.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Tecnologías de la Información de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Marina de Guerra del Perú, la difusión de la presente resolución y sus anexos, en la página web de la Institución.

Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Jacqueline MARTINEZ Ninanya
Capitán de Fragata
Director Ejecutivo Temporal de la Institución Administradora
De Fondos de Aseguramiento en Salud de la
Marina de Guerra del Perú

DISTRIBUCIÓN:
Copia: Archivo. -

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DEL PLAN COMPLEMENTARIO ONCONAVAL - IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ.

CLÁUSULAS GENERALES

Conste por el presente documento, que celebran de una parte: IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, con RUC N° 20555989912, domicilio legal en Av. Venezuela cuadra 34 S/N - Bellavista - Provincia Constitucional del Callao, debidamente representado por su Director Ejecutivo (Representante Legal) C. de N. ADM. COELLO Wong Jorge Luis, identificado con DNI N° 43381469, según Resolución de la Comandancia General de la Marina N° 0032-26 COMGEMAR, con registro en SUSALUD N° 10007, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**; y de otra parte: **EL CONTRATANTE**, a quien en adelante se le denominará **EL BENEFICIARIO**, cuyos datos están descritos en el **Anexo "A"** del presente Contrato, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO

En virtud del presente Contrato de Aseguramiento en Salud, en adelante **El CONTRATO, LA IAFAS** otorga a **EL BENEFICIARIO** la cobertura complementaria de salud, conforme a los límites y condiciones señalados en las cláusulas particulares de **EL CONTRATO.**

Los planes complementarios y beneficios adicionales que se contratan son de naturaleza voluntaria, y se regirán conforme a las reglas establecidas en las presentes cláusulas generales y las particulares del presente contrato, y demás disposiciones legales que les resulten aplicables.

Para efectos de las presentes Cláusulas, entiéndase como **CONTRATANTE** al **BENEFICIARIO TITULAR** y a sus **BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES.**

CLÁUSULA SEGUNDA. - CONTENIDO

EL CONTRATO que se suscribe consta de las siguientes partes integrantes:

1. **Cláusulas Generales:** Conjunto de cláusulas de incorporación obligatoria establecidas por SUSALUD que rigen los contratos de afiliación con una IAFAS. La IAFAS, puede incorporar otras cláusulas en virtud de su libertad contractual.

2. **Cláusulas Particulares:** Son aquellas cláusulas que señalan el detalle de las condiciones en las cuales se otorgan las coberturas correspondientes, incluyendo la red de IPRESS, copagos, deducibles, aportes adicionales, y las obligaciones administrativas de las partes.

CLÁUSULA TERCERA. - DEFINICIONES

Para efectos de las Cláusulas Generales antes señaladas y, en lo que resulte aplicable, a las Cláusulas Particulares, se entiende por:

1. **Afiliación a planes complementarios:** Afiliación voluntaria que efectúa el personal militar, en beneficio del titular, sus derechohabientes y familiares inscritos, para tener cobertura de salud de acuerdo con los planes contratados.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

2. **Afiliación**: Adscripción de un beneficiario de la IAFAS de la Marina de guerra del Perú a un plan de aseguramiento en salud.

3. **Asegurado o afiliado**: Todo beneficiario que cuente con cobertura de alguno de los planes de salud ofertados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

4. **Aporte facultativo:** Es la retribución abonada por el afiliado como contraprestación, por el plan de salud contratado.

5. **Atención Integral de Salud:** Comprende las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de las IAFAS de las Fuerzas Armadas a través de las IPRESS públicas, privadas o mixtas. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud mediante la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de los programas de atención médica considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, de acuerdo con las condiciones establecidas en los respectivos planes de salud.

6. **Auditoría médica:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

7. **Auditoría en Salud:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

8. **Auditoría de Gestión Clínica:** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.

9. **Beneficiarios:** Persona designada por el contratante, y/o afiliado o asegurado en el contrato, como titular de los derechos de acceso a las prestaciones de salud especificados en el plan, programa o producto de aseguramiento en salud.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

10. **Beneficiarios Titulares:** Son beneficiarios titulares del financiamiento de las prestaciones de salud de las IAFAS de las Fuerzas Armadas, en condición de **titular**, definido como personal militar beneficiario.

11. **Cobertura:** Protección ante el riesgo de pérdidas específicos por problemas de salud, extendida bajo los términos del contrato de aseguramiento.

12. **Contratante:** Toda persona natural o jurídica que suscribe un contrato de aseguramiento en salud con una IAFAS por su propio derecho, en representación de terceros, o ambos. El contratante, es el único responsable frente a la IAFAS por el cumplimiento de las obligaciones contractuales asumidas, salvo los casos en los que se establezcan obligaciones contractuales expresas a cargo de los asegurados.

13. **Copago:** Porcentaje del costo de una prestación de salud contemplada en la cobertura del plan de salud contratado, que es asumido por el afiliado.

14. **Declaración de Salud:** Los asegurados declaran de forma obligatoria la enfermedad preexistente al momento de afiliación, en el documento denominado Declaración de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 89 del Reglamento de la Ley N° 29344. La Declaración de Salud, que forma parte del contrato, debe ser suscrita por las partes en forma previa a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario, en el caso que corresponda. La IAFAS puede declarar la disolución del contrato de aseguramiento en salud ante el incumplimiento de lo dispuesto en el párrafo anterior, según la normativa vigente.

15. **Derechohabiente:** Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo. Su afiliación puede ser a solicitud del titular del seguro de salud o su derechohabiente, padre, madre, tutor o curador.

16. **Emergencia médica y/o quirúrgica:** Es toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

17. **Enfermedades preexistentes no declaradas**: La IAFAS financia las prestaciones de salud por enfermedades preexistentes no declaradas, si se acredita que la omisión se debe a un error o por desconocimiento del asegurado, en estos casos no procede la resolución del contrato de aseguramiento en salud. El contrato debe establecer de modo claro, específico y en forma fácilmente comprensible e identificable para el asegurado, la información que debe ser declarada por éste, así como las medidas a las que se encuentra facultada a adoptar la IAFAS en caso de infracción a este deber de información.

18. **Exclusiones**: Son aquellas prestaciones de salud no cubiertas por el plan o programa de salud. En el marco de lo establecido en el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 023-2021-SA y posteriores actualizaciones, los daños derivados del intento de autoeliminación o

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

lesiones autoinfringidas por problemas de salud mental, derivados de un diagnóstico de salud mental no se excluyen.

19. **Nota Técnica**: Documento que describe la metodología y las bases técnicas aplicadas para el cálculo actuarial de la prima pura de riesgo o aporte y la prima comercial, así como la justificación de sus gastos de gestión, administración y sistemas de cálculo de sus provisiones o reservas técnicas.

20. **Preexistencia:** Es cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la declaración jurada de salud. No puede ser considerada como preexistente un diagnóstico contemplado en el PEAS.

21. **Programa, Plan o producto de aseguramiento en salud:** Documento que instrumenta el contrato de aseguramiento, en el que se reflejan las condiciones de cobertura y acceso que el asegurado obtiene frente a distintas prestaciones de salud.

22. **Prima o aporte puro de riesgo:** Es el aporte económico que realiza el asegurado, la entidad empleadora, el Estado, a la IAFAS por concepto de contraprestación por la cobertura de riesgo de salud que ésta le ofrece. Su costo se determina sobre bases actuariales.

23. **Reembolso**: Las IAFAS de las Fuerzas Armadas pueden reembolsar los gastos efectuados por prestaciones de salud en IPRESS extrainstitucionales, cuando sus beneficiarios hayan recibido atención médica por un caso comprobado de emergencia, de conformidad a la normativa vigente. Las IAFAS no efectúan reembolsos por prestaciones de salud brindadas en el extranjero. Dentro del territorio nacional, las IAFAS de las Fuerzas Armadas pueden reembolsar los gastos por prestaciones de salud, efectuados por el personal militar beneficiario o derechohabiente, de acuerdo con las disposiciones de reembolso que establezca cada IAFAS de las Fuerzas Armadas.

24. **Registro de Afiliados**: Registro administrativo de los afiliados vigentes en cualquiera de los regímenes de aseguramiento en salud, con prescindencia de su carácter contributivo, semicontributivo o subsidiado. Su administración está a cargo de SUSALUD.

25. **Relación de aseguramiento en Salud:** Es el vínculo legal establecido entre la IAFAS, asegurados y/o entidades empleadoras para el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, prestaciones económicas, de conformidad con lo señalado en el marco legal. Esta relación puede ser pactada u obligatoria, la cual genera derechos y deberes.

CLÁUSULA CUARTA. - COBERTURA, GARANTÍA Y CONDICIONES

LA IAFAS otorga cobertura a **EL BENEFICIARIO**, consistente en las prestaciones promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación comprendidas en el presente **CONTRATO.**

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
EDSMAR

La cobertura contratada, comprende la atención de las dolencias preexistentes, siempre que se cumpla con los requisitos establecidos en literales a) al e) del último párrafo del artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

La cobertura máxima anual corresponde a la cobertura máxima por paciente, por enfermedad y por año. Monto que debe estar basado en un estudio actuarial, el cual permita la sostenibilidad del plan de salud.

CLÁUSULA QUINTA. - PRESTACIONES DE RECUPERACION DE LA SALUD

La cobertura de salud que **LA IAFAS** otorga a favor de **EL BENEFICIARIO** en virtud del presente Contrato, comprende las condiciones asegurables e intervenciones y, en general, todos los procedimientos y tratamientos que sean necesarios para el manejo de las contingencias descritas en el Plan de Salud que forma parte de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

CLÁUSULA SEXTA. - PRESTACIONES DE SALUD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES

Adicionalmente a lo mencionado en la cláusula precedente, la IAFAS brindará prestaciones de prevención y promoción de la salud, teniendo **EL BENEFICIARIO** que cumplir una permanencia en el Plan de DOCE (12) meses y aportes de DOCE (12) primas, estas prestaciones tienen por objeto preservar en buen estado la salud de la población asegurada, minimizando los riesgos de su deterioro.

Estas actividades se definen de la siguiente manera:

a) Prevención Primaria: Consiste en brindar las medidas que protejan e incrementen la resistencia del individuo contra los agentes patógenos y mecanismos específicos en la etapa previa a la presentación de cualquier enfermedad (evaluación y control de riesgos e inmunizaciones).

b) Prevención Secundaria: Consiste en la detección y el tratamiento temprano de enfermedades, incluso antes de que presenten síntomas. Su objetivo es frenar el avance de la patología, reducir complicaciones y mejorar el pronóstico a través de un diagnóstico oportuno y una intervención médica rápida (Cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y piel).

En los casos de demanda de medicación o exámenes auxiliares derivados de una atención preventiva, ésta será considerada como una atención ambulatoria, sujeta a las condiciones previstas en el Plan Específico de Salud, de corresponder, previa autorización de la IAFAS.

c) Promoción de la Salud: Son las actividades que buscan mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad, relacionada con las políticas de desarrollo social y con participación activa de la comunidad (educación para la salud).

CLÁUSULA SÉPTIMA. - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES A LAS COBERTURAS CONTRATADAS

En las condiciones particulares se señalan las exclusiones y limitaciones a que se encuentra sujeto **EL BENEFICIARIO** al plan de salud complementario que es materia del presente Contrato.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

CLÁUSULA OCTAVA. - DE EL BENEFICIARIO DE LA COBERTURA CONTRATADA

LA IAFAS otorga la cobertura detallada en la Condiciones Particulares del presente Contrato, a **EL BENEFICIARIO**, siempre que mantenga la condición de afiliado al presente plan al momento de hacer uso de los servicios de salud cubiertos por el mismo, en concordancia a lo dispuesto en el capitulo III, Beneficiarios de las IAFAS de las Fuerzas Armadas, DS N°007-2025-DE.

CLÁUSULA NOVENA. - INICIO DEL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA

Salvo pacto en contrario, **EL BENEFICIARIO**, goza de la cobertura contratada, a partir del primer día calendario del cuarto mes de la suscripción del contrato, una vez superado el periodo de carencia, previo pago de los tres aportes y los requisitos definidos para activar el PLAN ONCONAVAL, definido en las condiciones particulares.

CLÁUSULA DÉCIMA. - LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El otorgamiento de las prestaciones de salud, promocional, preventiva, recuperativa y de rehabilitación de la salud cubiertas por el presente Contrato, se otorgan en las IPRESS del sistema de salud naval. La **IAFAS** publicará a disposición de **EL BENEFICIARIO** a través de su página web, las IPRESS, mostrando la dirección de éstas, considerando el principio de progresión de la menor a la mayor capacidad resolutiva que tiene por finalidad la continuidad de la atención de las necesidades de salud de nuestros **BENEFICIARIOS**.

LA IAFAS informará por escrito o vía correo electrónico masivo/WhatsApp ó publicación en la web a **EL BENEFICIARIO**, dentro de un plazo de 02 a 05 días hábiles, cualquier interrupción o cese del servicio que brinde alguno de los establecimientos de salud mencionados en el Plan de Aseguramiento en Salud complementario, debiendo comunicar tal hecho a SUSALUD con el correspondiente sustento técnico. Para tal efecto, se entiende cumplida dicha obligación mediante comunicación de fecha cierta dirigida a **EL BENEFICIARIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA. - REFERENCIAS

LA IPRESS que forma parte de la red de atención de salud de la IAFAS, se obliga a atender a **EL BENEFICIARIO** que requieran sus servicios.

Si el diagnóstico efectuado determina que el tratamiento excede las coberturas contratadas en el Plan de Aseguramiento en Salud Complementario contenido en las Condiciones Particulares, LA IPRESS DE ORIGEN coordina la referencia del paciente, previa autorización de éste y de **LA IAFAS**, a la IPRESS DESTINO que corresponda de acuerdo con su plan de cobertura complementaria. La responsabilidad de **LA IAFAS** culmina cuando el paciente sea admitido por la IPRESS de referencia.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - APORTES E INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE APORTES

Como contraprestacion por el otorgamiento de la cobertura complementaria, **EL BENEFICIARIO** abona a la IAFAS los aportes indicados en las clausulas particulares, los mismos que incluyen los tributos de ley y gastos correspondientes.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

La falta de pago oportuno de los aportes pactados o de cualquier otra suma que **EL BENEFICIARIO** adeude a la iafas, origina la suspensión automatica de la cobertura otorgada en el contrato, de acuerdo a las clausulas particulares de causales de suspensión de las prestaciones de salud (art. 25 del DS N°007-2025-DE).

La IAFAS comunica a **EL BENEFICIARIO** mediante comunicación escrita o via correo electronico o cualquier medio electronico respecto del incumplimiento del pago del aporte y sus consecuencias, indicando el plazo que dispone para que regulace el pago de los aportes correspondientes.

En tal caso, **LA IAFAS** salvo pacto en contrario incluido en las clausulas particulares, tiene derecho a exigir a **EL BENEFICIARIO** el reembolso de los costos de las prestaciones brindadas incluyendo los intereses moratorios a las tasas que pacten las partes o en su defecto a las tasas maximas autorizadas por Ley o por la autoridad competente.

EL BENEFICIARIO no recobra el derecho si la iafas hubiera optado por la resolucion del contrato por cualquiera de las causales previstas en la clausula vigesima del presente contrato (art. 26 del DS N°007-2025-DE).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. - COPAGOS

Las prestaciones materia del presente contrato pueden estar sujetas a copagos a cargo de **EL BENEFICIARIO**, en concordancia al artículo 6 del Decreto Supremo N° 007-2025-DE.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. - REAJUSTE DE APORTES Y/O COPAGOS

En las clausulas particulares se especifican detalladamente los plazos de vigencia de los aportes y/o copagos a cargo de **EL BENEFICIARIO**, asi como las condiciones causales y procedimiento para proceder a su reajuste.

La IAFAS puede reajustar el monto de los aportes y copagos pactados por las causales que detalladamente constan en las clausulas particulares.

Cabe mencionar que los copagos pueden ser aplicados de acuerdo a lo descrito en la cláusula precedente.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA. - INFORMACIÓN

EL BENEFICIARIO TITULAR proporciona a **LA IAFAS**, mediante el Anexo "A" al momento de la afiliación, la inclusión de **LOS BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES** al presente plan complementario.

De ocurrir modificaciones de inclusión o exclusión **EL BENEFICIARIO TITULAR** comunicará, dentro de los cinco (05) primeros días del mes siguiente a la ocurrencia, motivo de la modificación.

La **IAFAS** debe poner a disposición de **EL BENEFICIARIO**, dentro de los quince (15) días calendario, ya sea por medios digitales o físicos o a través de su página web, copia del presente contrato en el que se muestre las Cláusulas Generales y Cláusulas Particulares, a fin de que **EL BENEFICIARIO** tome conocimiento de los mismas y estén debidamente informados.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

La **IAFAS** tiene la obligación de informar a **EL BENEFICIARIO**, a la suscripción de **EL CONTRATO**, vía correo electrónico u otro medio electrónico, u otro medio que disponga, de los derechos que como beneficiario le asiste conforme al artículo 13 del Reglamento de la Ley N° 29414, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, así como detallar los principales aspectos de las presentes Cláusulas Generales y de las Cláusulas Particulares, con el detalle de las coberturas y términos de atención para las intervenciones correspondientes al PEAS, y de las coberturas complementarias, de ser el caso.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. - EXÁMENES MÉDICOS Y DECLARACIONES DE SALUD

EL BENEFICIARIO presentará una declaración jurada de salud que se detalle en el anexo "C", antes de la suscripción del presente contrato o durante su vigencia, en caso requerirse documentación adicional para dar continuidad al proceso de afiliación, **EL BENEFICIARIO** deberá cumplir con presentar la documentación en un plazo no mayor de TREINTA (30) días calendario, no podrá ser sujeto a rechazo basado en los resultados de tal examen o declaración.

La IAFAS se obliga a mantener la confidencialidad de los resultados de tal examen médico o declaración jurada de salud, de conformidad con la normativa vigente.

En los casos de la aplicación del Reglamento de la Ley N° 32357, Ley del olvido oncológico en la contratación de servicios y seguros de salud, el procedimiento rige de acuerdo con lo descrito en su artículo 12 y demás consideraciones.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. - PLAZO CONTRACTUAL

La vigencia de EL **CONTRATO** es de UN (01) año, y de no mediar modificaciones previamente informadas, quedará automáticamente renovado por el mismo plazo y en los mismos términos, salvo que alguna de las partes manifieste, mediante aviso remitido vía correo electrónico u otro medio, cursado a la otra parte con sesenta (60) días de anticipación, su voluntad de no renovarlo, o de modificar los términos contractuales. En este último caso, debe remitir la propuesta de detalle de la modificación con el sustento correspondiente, a fin que **EL BENEFICIARIO** tome conocimiento y puedan analizar la propuesta.

EL BENEFICIARIO adquiere la calidad de tal desde la fecha en que se suscribe el contrato y se incorporan al presente plan de salud, y mantienen todos sus derechos en tanto el contrato esté vigente por renovación inmediata, no obstante para la cobertura debe cumplirse con los periodos establecidos en el presente contrato.

La IAFAS no puede negar la renovación del contrato ante la aparición de alguna enfermedad sobreviniente contraída por **EL BENEFICIARIO** durante el período de vigencia, superado el periodo de carencia.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. - DOMICILIO

Las partes señalan como domicilio a la dirección, correo electronico y/u otro medio de comunicación, que indica **EL BENEFICIARIO** al momento de su afiliación (Anexo "A"), siendo este el lugar a donde se dirigirán todas las comunicaciones y/o notificaciones vinculadas a **EL CONTRATO. El BENEFICIARIO** es responsable de

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

comunicar oportunamente a **LA IAFAS** la variación del domicilio, número telefónico y correo electrónico particular, por ser necesarios para una comunicación rápida y efectiva.

En caso de que **EL BENEFICIARIO** no comunique oportunamente la variación de su domicilio, y **LA IAFAS** se vea en la necesidad de remitir comunicaciones físicas, estas se entregarán al domicilio registrado, considerándose como recibida por el **BENEFICIARIO**.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. - SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todas las desavenencias, conflictos o controversias que pudieran surgir entre el **BENEFICIARIO y LA IAFAS**, derivadas de **EL CONTRATO**, incluidas las de su nulidad o invalidez, serán resueltas a través de los mecanismos de solución de controversias del Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la Superintendencia Nacional de Salud o en aquellos centros que se encuentren registrados y habilitados por éste.

Si las partes optan por un procedimiento de conciliación en el cual se arribe sólo a un acuerdo parcial o no se llegue a ningún acuerdo, entonces éstas resuelven la controversia subsistente de forma definitiva, a través de un procedimiento de arbitraje, de conformidad con lo establecido en el párrafo anterior.

En caso que las partes hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro competente, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. - RESOLUCIÓN DE CONTRATO (Causales que extinguen el derecho de financiamiento de las prestaciones de Salud de los beneficiarios).

EL CONTRATO queda resuelto por causales que extinguen la condición de **EL BENEFICIARIO** de las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú y son las siguientes:

1. Los hijos mayores de 18 y menores de 28 años que no acrediten seguir estudios en centros de educación superior o que estén ejerciendo actividad económica.

2. La viuda del titular por contraer matrimonio civil.

3. Que no se cumplan con abonar los aportes facultativos hasta tres (03) meses en los planes de salud onconaval. En este caso, la IAFAS determina los requisitos para el reingreso.

5. Los divorciados, acreditándose con la presentación de la documentación expedida por la autoridad competente.

6. El titular que es pasado a la Situación de Retiro por Medida Disciplinaria o sentencia judicial, siendo extensivo a sus derechohabientes y familiares inscritos, siempre y cuando no goce de pensión.

7. El pase a la situación militar de retiro del titular sin derecho a pensión. La extinción del derecho alcanza a sus derechohabientes y familiares inscritos.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

8. El titular cuya asimilación es cancelada conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Situación Militar y normatividad vigente aplicable, así como sus derechohabientes y familiares inscritos.

9. Los familiares inscritos por el titular afiliado al Plan de Salud Complementario Onconaval, que no hayan cumplido con abonar los aportes facultativos de acuerdo con lo establecido en el presente contrato.

Cuando **EL BENEFICIARIO** decida desafiliarse del Plan de Salud Complementario Onconaval, deberá llenar, firmar y presentar en **LA IAFAS** el formato del **Anexo (D).**

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - MODALIDAD DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO

EL CONTRATO puede suscribirse de manera presencial o mediante proceso de afiliación electrónica. Esta última modalidad queda supeditada a la implementación por parte de LA IAFAS de los mecanismos que permitan acreditar la autenticidad del Acto Administrativo y de **EL CONTRATO**.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- CLÁUSULA DE GARANTÍA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

La **IAFAS** se obliga a continuar brindando cobertura a las atenciones de salud **EL BENEFICIARIO**, por aquellas contingencias diagnosticadas y no resueltas, en un anterior plan de salud, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 100 del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.



CLÁUSULAS PARTICULARES:

1.- DE LA AFILIACION Y DE LOS BENEFICIARIOS DE LA IAFAS FOSMAR PARA EL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es facultativa y se realiza mediante la presente póliza de suscripción procediendo con el llenado de los formatos de autorización de descuento que se detallan en los **Anexos "E"**, **"F"** y **"G".** El proceso de afiliación culminará cuando **LA IAFAS** haya validado los indicados documentos.

EL BENEFICIARIO, debe contar con Documento Nacional de Identidad - DNI vigente para su afiliación, siendo indispensable que este documento se mantenga vigente durante el periodo que dure **EL CONTRATO**. De manera opcional ante la pérdida del DNI o la no vigencia de este, puede presentar su tarjeta de identificación Naval (TIN) o Tarjeta de identifiacion familiar (TIF) vigente, según sea el caso. En caso de perdida adjuntar denuncia policial y en caso de no vigencia adjuntar DNI vencido, adicional al documento opcional.

La afiliación al Plan de Salud Complementario Onconaval es voluntaria, pudiendo **EL BENEFICIARIO TITULAR** afiliar a sus **BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES**, que cumplan con los siguientes requisitos:

1.1 - CONDICIÓN DE BENEFICIARIOS TITULARES

Son **BENEFICIARIOS TITULARES** del financiamiento de las prestaciones de salud de las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, los siguientes:

1. El Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Actividad.

2. El Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Retiro con goce de pensión.

3. El Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Disponibilidad con pensión y se capte el aporte del Estado, por tanto cuente con Plan Especifico de Salud. Al personal militar en situación de disponibilidad sin pensión se suspende sus beneficios hasta el cambio de situación militar.

4. El Personal de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar en Situación de Retiro con goce de pensión no renovable y de quien se capte el aporte del Estado, en cuanto se mantenga vigente su Plan Específico de Salud y los aportes facultativos en plazos establecidos.

5. Cadetes y alumnos de los Centros de Formación de las Fuerzas Armadas, que reciban el aporte del estado según el Decreto Legislativo 1132, en tanto mantengan dicha condición, con vigencia el Plan de Salud Específico de Salud, en estos casos, la cobertura es personal e intransferible, y no se extiende a sus familiares.

Las IAFAS financian las prestaciones de salud proporcionadas en el territorio nacional.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

En todos los casos, para ser **BENEFICIARIO** del financiamiento de las prestaciones de salud por la IAFAS, es imprescindible que del personal militar se capte el aporte del Estado (FOSPEMFA), así como, se capte el aporte facultativo respectivo.

Para aquel personal militar que, por razones laborales o judiciales, el Estado suspenda temporalmente sus aportaciones, puede de manera facultativa abonar el importe equivalente al aporte del Estado de manera mensual, para mantener su condición de **BENEFICIARIO**. Adicional a su aporte por Plan Complementario Onconaval.

EL BENEFICIARIO antes mencionado tiene cobertura de planes específicos y debe estar afiliado a las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para recibir prestaciones de salud, de acuerdo con los documentos institucionales de **LA IAFAS**.

1.2- CONDICIÓN DE BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES

Se denomina **BENEFICIARIO DERECHOHABIENTE** al familiar del **BENEFICIARIO TITULAR** e inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú. La inscripción la puede realizar también directamente el derechohabiente, tutor, curador o apoyo designado ante el citado Sistema de Personal.

El **BENEFICIARIO DERECHOHABIENTE** goza de los derechos de los planes de salud específicos y se sujeta a los aportes facultativos, deducibles y copagos, en lo que corresponda.

Son comprendidos como derechohabientes:

1. El cónyuge o concubino reconocido de acuerdo con la normativa aplicable, previamente inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú.

2. El hijo menor de edad o al mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, para lo cual se **reconoce la validez de los certificados emitidos por todas aquellas instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud (Centro Médico Naval" CMST", hospitales del Ministerio de Salud u otras IPRESS autorizadas para tal fin)**, siendo para ello necesario que se aprueben los formatos correspondientes.

3. Mantiene la condición de derechohabiente, los **hijos mayores de edad hasta cumplir los 28 años** con las siguientes condiciones: ser solteros; sin hijos, que acrediten seguir estudios en centro de educación superior y no estén ejerciendo actividad económica profesional o técnica.

1.3- VIGENCIA DE LA CONDICIÓN DE BENEFICIARIO DEL PERSONAL MILITAR FALLECIDO

Mantiene la condición de beneficiario del personal militar fallecido, los inscritos que mantengan su registro de" afiliado" a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú en el Plan de Salud Complementario Onconaval y que cumplan con los siguientes requisitos:



1. Los Cónyuges supérstites del Personal Militar de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar que cuenten con pensión de sobreviviente y se mantenga inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú, hasta contraer nuevamente nupcias.

2. Concubinos supérstites del Personal Militar de Oficiales, Técnicos Supervisores, Técnicos y Oficiales de Mar que cuenten con reconocimiento de acuerdo con el marco normativo vigente, con pensión de sobreviviente y se mantenga inscrito en el Sistema de Personal de la Marina de Guerra del Perú hasta contraer nupcias.

3. El hijo que cuente con pensión de orfandad y le corresponda el aporte del Estado por concepto de salud.

4. El hijo menor de edad o al mayor de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, para lo cual se **reconoce la validez de los certificados emitidos por todas aquellas instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud (Centro Médico Naval" CMST", hospitales del Ministerio de Salud u otras IPRESS autorizadas para tal fin)**, siendo para ello necesario que se aprueben los formatos correspondientes.

5. Los beneficiarios de pensión de sobrevivientes ascendientes, viudez y orfandad del Personal Militar fallecido y que le corresponda el aporte del Estado por concepto de salud.

1.4- OTROS:

De manera excepcional, los padres, suegros e hijos mayores de 28 años que fueron afiliados al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes de octubre del año 2019, mantendrán la condición de afiliados en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes.

2.- DE LOS APORTES MENSUALES (PRIMAS).

El aporte de la prima mensual por persona afiliada al Plan de Salud Complementario Onconaval, será asumido por el contratante, en el caso de **EL BENEFICIARIO TITULAR**, se hará efectivo a través de la planilla única de remuneración o pensión, en otro caso que corresponda al BENEFICIARIO DERECHOHABIENTE, hara efectivo con pago en cuentas bancarias/agentes bancarios de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

Los aportes serán de acuerdo con el detalle que se muestra en el siguiente cuadro; pudiendo este ser variado por la Junta de Administración de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, previo estudio o análisis actuarial y de acuerdo con la normativa vigente:

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

TIEMPO DE SERVICIO A LA FECHA DE AFILIACIÓN*	PRIMAS DIFERENCIADAS POR FECHA DE AFILIACIÓN AL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL.

	PRIMA MENSUAL AFILIACIÓN TEMPRANA-SEGÚN LA EDAD			
De 0 a 5 años	**Parentesco**	**Hasta 28**	**29 a 49**	**50 a 64**
	Beneficiario titular*	S/19.00	S/22.00	S/23.00
	Cónyuge/Conviviente**	S/19.00	S/22.00	S/23.00
	Hijos**	S/19.00	S/30.00	S/50.00

*Beneficiario titular

**Beneficiarios derechohabientes

	PRIMA MENSUAL AFILIACIÓN TARDÍA N°1-SEGÚN LA EDAD			
De 6 a 10 años	**Parentesco**	**Hasta 28**	**29 a 49**	**50 a 64**
	Beneficiario titular *	S/30.00	S/41.00	S/54.00
	Cónyuge/Conviviente**	S/30.00	S/41.00	S/54.00
	Hijos**	S/30.00	--	--

*Beneficiario titular

**Beneficiarios derechohabientes

	PRIMA MENSUAL AFILIACIÓN TARDÍA N°2-SEGÚN LA EDAD			
De 11 a 15 años	**Parentesco**	**Hasta 28**	**29 a 49**	**50 a 64**
	Beneficiario titular*	--	S/76.00	S/178.00
	Cónyuge/Conviviente**	S/47.00	S/76.00	S/178.00
	Hijos**	S/47.00	--	--

*Beneficiario titular

**Beneficiarios derechohabientes

	PRIMA MENSUAL AFILIACIÓN TARDÍA N°3-SEGÚN LA EDAD			
De 16 a más años	**Parentesco**	**Hasta 28**	**29 a 49**	**50 a 64**
	Beneficiario titular*	--	S/142.00	S/331.00
	Cónyuge/Conviviente**	S/75.00	S/142.00	S/331.00
	Hijos**	S/75.00	--	--

*Beneficiario titular

**Beneficiarios derechohabientes



a. Las primas diferenciadas por fecha de afiliación rigen a partir del 3 de junio del 2024, conforme a lo establecido en la Resolución Directoral N° 027-2024 de la IAFAS FOSMAR de fecha 27 de mayo. Cabe precisar, que las mismas sólo aplican para el beneficiario titular y sus beneficiarios derechohabientes nuevos que deseen afiliar.

b. Las primas diferenciadas por "el tiempo de servicio" a la fecha de afiliación **no son aplicables** en los siguientes casos:

- A los afiliados antiguos (afiliados antes del 3 de junio del 2024).

- A los beneficiarios titulares que elijan afiliarse antes de cumplir 5 años de servicio, fomentándose la afiliación oportuna al inicio de la carrera naval, para garantizar la cobertura oncológica especializada.

- A las viudas o herederos de pensión que no hayan sido afiliados por el beneficiario titular en vida.

Las primas aplicables a los casos antes citados serán las siguientes:

PARENTESCO	APORTES MENSUALES SEGÚN LA EDAD		
	De 0 a 28	De 29 a 49	De 50 a más
Beneficiario Titular	S/ 19.00	S/ 22.00	S/ 23.00
Cónyuge/Conviviente	S/ 19.00	S/ 22.00	S/ 23.00
Hijos	S/ 19.00	---	---
Hijos >28 años*	---	S/ 30.00	S/ 50.00
Hijastros*	S/ 19.00	S/ 30.00	S/ 50.00
Padres/suegros*	---	S/ 30.00	S/ 50.00

NOTA:

(*) Solo en caso de padres, suegros e hijos mayores de 28 años que fueron afiliados al Plan de Salud Complementario Onconaval hasta el mes de octubre del año 2019, mantendrán la condición de afiliados en la medida que hayan continuado y continúen aportando las primas correspondientes, conforme lo dispone el artículo 4° numeral 6 de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal.

En el caso que a **EL BENEFICIARIO TITULAR** por alguna razón no se le pueda descontar a través de la planilla única de remuneración o pensión, éste podrá efectuar dichos pagos a través de los medios de pago con los que cuenta **LA IAFAS**, siendo de su entera responsabilidad el encontrarse al día en el pago de las primas. Asimismo, estas modalidades de pago se aplicarán para el caso de los **BENEFICIARIOS** inscritos que no cuentan con beneficio de pensión.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

En caso fallezca el **EL BENEFICIARIO TITULAR**, **SUS BENEFICIARIOS** podrán continuar afiliados al plan siempre que continúen realizando el pago de la prima correspondiente.

EL BENEFICIARIO TITULAR que desafilie a algún o a la totalidad de **SUS BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES**, no tendrá derecho a la devolución de sus aportaciones. Si desea realizar su reinscripción, lo hará en las mismas condiciones de periodo de carencia que rigen para un **BENEFICIARIO** nuevo, de tener deudas con el presente plan deberá cancelarlas antes de su reinscripción.

EL BENEFICIARIO TITULAR que pase a la situación militar de retiro, deberá acercarse a **LA IAFAS** para solicitar y presentar el formato de autorización de descuento de la Caja de Pensiones Militar Policial, dicho formato también podrá ser descargado desde la página web, www.iafasfosmar.pe.

Mientras dure el proceso de asignación de pensión, **EL BENEFICIARIO TITULAR** deberá realizar el pago de las primas correspondientes a la cuenta de recaudo de la entidad bancaria que se encuentra publicado en la página web: www.iafasfosmar.pe

3.- DEL REAJUSTE DE LOS APORTES O PRIMAS

Cada DOS(2) años se realiza un estudio actuarial que sirve para determinar el monto de los aportes facultativos o primas, y sustentar el incremento de los copagos y deducibles, que permitan a **LA IAFAS** financiar los planes complementarios, de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 del DS N° 007-2025-DE.

LA IAFAS deberá comunicar mediante comunicación escrita, correo u otro medio electrónico con que se disponga la intención de reajustar los aportes de prima mensual, debiendo considerar los siguientes plazos.

Previamente a la aplicación del reajuste de los aportes y/o copagos **LA IAFAS** debe cursar a **EL BENEFICIARIO** una comunicación escrita, con una anticipacion no menor a CUARENTA Y CINCO (45) días calendario, previos al vencimiento del plazo pactado para la vigencia de los aportes, manifestando la intención de reajustar tales montos.

EL BENEFICIARIO cuenta con TREINTA (30) días calendario contados desde la fecha que recibió la comunicación, para comunicar a LA **IAFAS** su inconformidad con el reajuste.

Culminado los plazos detallados en los numerales del párrafo precedente y de no mediar comunicación por parte del **BENEFICIARIO**, se efectuará la renovación automática de **EL CONTRATO.**

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

4.- DETALLES DEL PLAN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD COMPLEMENTARIO.

4.1.- ACTIVACIÓN DEL PLAN ONCONAVAL:

Transcurrido el periodo de carencia de NOVENTA (90) días calendario y efectuado el pago del tercer aporte de la prima mensual, se podrá iniciar la cobertura del Plan de Salud Complementario Onconaval con la presentación del formato del **Anexo (B)** y el resultado anatomopatológico, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Se inicia con la presentación del resultado anatomopatológico que confirme cáncer y en los casos en que exista alta sospecha de cáncer de tumores no biopsiables se presentará un informe médico del servicio de oncología clínica del Centro Médico Naval, anexando los exámenes de ayuda diagnóstica (imágenes y de laboratorio). En ambos casos, los expedientes serán verificados por el Departamento de Gestión del Asegurado y Auditoría Médica Oncológica del Departamento de Gestión de Siniestros de **LA IAFAS** para la posterior activación del plan, de sustentarse.

2. Para el caso de tumores no biopsiables operables, se iniciará la activación de los beneficios del Plan una vez confirmada la patología de cáncer, previa verificación por parte de la Auditoría Médica Oncológica del Departamento de Gestión de Siniestros y posterior autorización de la Dirección Ejecutiva de **LA IAFAS**.

3. En caso la intervención quirúrgica y/o biopsia no sea posible o recomendable por el médico tratante y no se cuente por tal motivo con el resultado anatomopatológico, y deberá adjuntar el informe médico para su autorización.

4. Una vez realizado el procedimiento de activación del Plan Onconaval, deberá solicitar el carné oncológico en la Oficina de Atención al Usuario de **LA IAFAS**, en el cual irá consignado el código ON registrado en el Sistema de Gestión Médica de la IPRESS autorizada de la Red de Salud Naval.

5. Para la elaboración del carné oncológico, de acuerdo con los datos registrados en su DNI deberá dejar una copia fotostática del mismo.

6. La confección del carné (trámite gratuito) se realizará en un plazo de DOS (2) días hábiles, siendo los miércoles y viernes los días designados para el recojo del mismo, en la Oficina de Atención al Usuario de la IAFAS.

7. Para la actualización del diagnóstico oncológico por una nueva patología, se deberá presentar el formato del **Anexo (B)** y el nuevo informe anatomopatológico que sustente dicho diagnóstico, con la finalidad de actualizar en el sistema la nueva patología, así como adicionarlo en el carné oncológico, para su respectiva cobertura.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

4.2.- DE LA COBERTURA DE SALUD DEL PLAN ONCONAVAL:

1. Las prestaciones de salud que **LA IAFAS** cobertura en el Plan de Salud Complementario Onconaval comprenden prestaciones de atención médica y de medicinas del Petitorio Farmacológico Naval derivado del Petitorio Nacional Único de Medicamentos, y se brindarán mientras **EL BENEFICIARIO** realice el aporte de la prima mensual, de acuerdo con las siguientes consideraciones:

   a. El periodo de carencia es de NOVENTA (90) días calendario contados desde la fecha del primer aporte de la prima mensual.

   b. El periodo de latencia es de TREINTA (30) días calendario contados desde el ultimo aporte de la prima mensual, sólo aplicará para aquellos que se hayan desafiliado voluntariamente con sus primas correspondientes al mes de realizada la desafiliación.

   c. La cobertura para los **BENEFICIARIOS** iniciará transcurrido el periodo de carencia.

2. La cobertura de salud se brinda únicamente en el territorio nacional.

3. La cobertura de salud incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval 'CMST, y aquellos exámenes o procedimientos médicos que no puedan ser realizados en el Centro Médico Naval "CMST' se realizan en Centros Médicos Especializados del país con el que exista convenios y/o contratos con IPRESS de la Red oncologica Nacional, previa solicitud del Servicio de Oncología Médica y/o Junta Médica correspondiente a través del Director del Centro Médico Naval "CMST", y evaluación por parte de la Auditoría Médica Oncológica de **LA IAFAS**.

4. Las prestaciones de salud que cobertura el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:

   a. Tratamiento oncológico acorde a las guías de práctica clínica institucionales y estándares vigentes, de acuerdo a las recomendaciones de la National Comprehensive Cancer Network hasta la categoría 2A.

   b. Tratamiento oncológico correspondiente a conceptos por atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia relacionada a la enfermedad oncológica. Esto incluye:

      - Tratamiento quirúrgico.

      - Radioterapia en las modalidades conformacional 2D, 3D, IMRT/VMAT, Braquiterapia, Radiofrecuencia y Radiocirugía.

      - Tratamiento sistémico: Quimioterapia, Hormonoterapia, Inmunoterapia, Terapia Biológica, Anticuerpos Monoclonales, Anti angiogénicos, Inhibidores de la Tirosina Kinasa, Factores de Crecimiento Epidérmico (EGFR) y Factores Estimulantes de Colonias, dichos medicamentos

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
POSMAR

deben estar incluidos en el petitorio farmacológico del Plan de Salud Complementario Onconaval vigente.

c. Estos tratamientos para su cobertura deben estar disponibles en el Perú, acorde a las guías de práctica clínica institucionales y estándares vigentes, de acuerdo a las recomendaciones de la National Comprehensive Cancer Network hasta la categoría 2A y aprobados por la Food and Drug Administration (FDA).

d. Exámenes y/o procedimientos especiales de ayuda diagnóstica para el manejo oncológico.

e. Reconstrucción mamaria en caso de cáncer de mama confirmada (solo para casos de mastectomía parcial, simple total o radical).

f. Cuidados paliativos y terapia del dolor oncológico hospitalarios.

g. Complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento oncológico debidamente autorizadas por la Auditoría Médica de **LA IAFAS.**

h. Servicio de ambulancia en caso de emergencia (prioridad I y II) bajo la modalidad de reembolso.

i. Traslado de paciente hospitalizados por emergencia I y II del centro médico naval "CMST" a IPRESS Extra-Institucionales para tratamientos, exámenes y/o procedimientos requeridos para su atención por el diagnóstico oncológico.

j. Entrega de medicamentos considerados en el Petitorio Farmacológico Onconaval aprobado. **LA IAFAS** mantendrá actualizada la información de las prestaciones de salud y medicamentos que cuentan con cobertura, debiendo en un plazo no mayor a CINCO (05) días hábiles actualizar la página web con las modificaciones aprobadas.

k. Los tamizajes de las unidades de los componentes hemoderivados efectivamente trasfundidas.

4.3- PARA LA ATENCION DEL BENEFICIARIO CON DIAGNÓSTICO ONCOLOGICO.

Como documento obligatorio para la atención oncológica en IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, se deberán presentar los siguientes documentos:

1. BENEFICIARIO TITULAR. - Carné Oncológico emitido por **LA IAFAS** / Documento Nacional de Identidad (DNI) / Tarjeta de identidad Naval (TIN) vigente.

2. BENEFICIARIOS DERECHOHABIENTES. - Carné Oncológico emitido por **LA IAFAS** / Documento Nacional de Identidad (DNI) / Tarjeta de Identidad Familiar (TIF) vigente.

Todo beneficiario deberá presentar su carné.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

La cobertura de salud incluye los gastos del tratamiento del cáncer en el Centro Médico Naval "CMST".

En caso las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuenten con la capacidad resolutiva para realizar la prestación de salud oncológica, se referirá al **BENEFICIARIO** a una de las IPRESS Extra-Institucional con convenio y/o contrato vigente que se encuentran detalladas en la página web (https://iafasfosmar.pe).

Para la atención oncológica en IPRESS Extra-Institucionales, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

1. Para el caso donde existen IPRESS de la Marina de Guerra del Perú con capacidad de atenciones oncológicas, y requieran complementar la atención médica, estas solicitaran la autorizacion a IAFAS, mediante el formato – FRAE del Anexo "F" presentando el sustento indicando las limitaciones de especialistas, equipamiento médico y/o reactivos, para la realización los exámenes auxiliares y/o procedimientos médicos oncológicos que requiere el **BENEFICIARIO.**

2. Para el caso de regiones en las que las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú no cuenten con capacidad de atenciones oncológicas, la IAFAS dispondrá los medios físicos o digitales, a fin de atender la demanda de prestaciones de salud, a través de la emisión de una carta de garantía, que permita al **BENEFICIARIO** asistir a su atención médica en IPRESS extrainstitucionales autorizadas para la atención oncológica.

3. Las Cartas de Garantía son emitidas por **LA IAFAS** previa evaluación de la necesidad y complejidad de la prestación de la salud requerida, así como de la disponibilidad en la red de IPRESS extrainstitucionales para su atención, estas corresponderan a IPRESS del listado de establecimientos de salud Nivel II y III que conforman la Red oncologica Nacional (NTS N° 241-MINSA/DGIESP-2026).

4. Las cartas de garantía son confeccionadas y entregadas a **EL BENEFICIARIO** de forma digital o física, siendo su responsabilidad gestionar la cita con la IPRESS extrainstitucional y asistir a la cita en la fecha programada.

5. Al momento de asistir a la cita programada, **EL BENEFICIARIO** deberá presentar en la IPRESS extrainstitucional la Carta de Garantía y la Orden Médica, así como el acta de conformidad detallada en el **Anexo (I).**

6. En el caso de **EL BENEFICIARIO** que esté recibiendo atenciones por hospitalización o algún tipo de tratamiento al momento de la resolución del contrato, **LA IPRESS** garantizará la continuidad de su atención de salud, hasta la recuperación, alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** debe cubrir el

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el contrato o convenio.

7. Finalizada la prestación de salud, el **BENEFICIARIO** firmará el acta de conformidad y coordinará con la IPRESS Extra- Institucional la fecha de entrega de los resultados y/o informe médico.

Para la autorización de atenciones en IPRESS extrainstitucionales, **LA IAFAS** verificará y agotará todos los recursos existentes en el Sistema de Salud de la Marina de Guerra del Perú, para la atención de los **BENEFICIARIOS**.

5.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS:

- La IAFAS FOSMAR es una Institución que tiene como finalidad brindar cobertura médica y farmacológica al Personal Militar y a sus derechohabientes que se encuentren afiliados al Plan de Salud Básico, y consciente de su responsabilidad se compromete a promover, proteger y defender los derechos de las personas en su acceso a los servicios de salud, prestaciones o coberturas ofrecidas en el Plan de Salud Básico y demás planes complementarios.
- La Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) es el espacio donde se desarrolla el conjunto de acciones, actos y actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante la Institución. Tiene como función atender y gestionar las consultas y reclamos presentados por los usuarios, orientada a la solución de la insatisfacción respecto a los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, y difundir los derechos y deberes de los usuarios.
- Para tal efecto se establecen las siguientes instrucciones a seguir en caso de reclamos y denuncias, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Supremo N° 002-2019-SA de fecha 30 de enero del 2019.
- El afiliado será atendido por el encargado de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS), quien recibe de forma presencial del afiliado el reclamo; escucha el reclamo del afiliado y llena los datos, requeridos para registrar un reclamo. El afiliado también puede registrar su reclamo a través del Libro de Reclamaciones Virtual en Salud, el cual se encuentra publicado en la página web. www.iafasfosmar.pe.
- El encargado de la PAUS se encargará de resolver el reclamo del afiliado y buscará la manera de aclarar la duda, brindándole la solución a su inconveniente.
- Si el afiliado está conforme con la solución brindada por el encargado de la PAUS, se cerrará el reclamo mediante el "Trato directo", debiéndose detallar la solución del reclamo en el formato de la hoja de

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

reclamación en salud, debiendo firmar el reclamante y el responsable del Libro de Reclamaciones en Salud, dejando constancia de lo resuelto.

- Si el afiliado no está conforme con lo indicado por el encargado de la PAUS, registrará su reclamo en el Libro de Reclamaciones en Salud. Luego se procederá a entregar al reclamante la Hoja de Reclamaciones en Salud original.
- El encargado de la PAUS, brindará la información al reclamante sobre los datos necesarios a llenar en el Libro de Reclamaciones en Salud para registrar su reclamo, debiendo llenarse en el ítem "Identificación del usuario o tercero legítimo" los siguientes datos:
    - Fecha
    - Nombre o razón social
    - Domicilio
    - Email
    - Teléfono
    - Documento de identidad
    - Numero de documento
    - Detalle del reclamo
    - Autorizo notificación del resultado del reclamo al e-mail consignado
    - Firma del reclamante (usuario, representante o tercero legítimo)

- El encargado de la PAUS, una vez alertado del ingreso del reclamo, deberá evaluar, priorizar y gestionar la atención del reclamo con cada una de las áreas involucradas.
- El encargado de la Plataforma de atención al asegurado - PAUS, registrará en el Sistema SETI-RECLAMOS en la misma fecha de ingresado el reclamo en el Libro de Reclamaciones en Salud, según lo normado en la Resolución de Superintendencia N° 030-2020-SUSALUD/S de fecha 4 de setiembre del 2020.
- El plazo de atención de un reclamo es de no más de 30 días hábiles desde su recepción. En caso de disconformidad con el resultado del reclamo o la negativa de atención, el afiliado puede acudir ante SUSALUD.

El encargado de la PAUS remitirá a SUSALUD a través del aplicativo informático SETI-RECLAMOS para el monitoreo de los reclamos registrados en los Libros de Reclamaciones en Salud físico y virtual los primeros DIEZ (10) días de cada mes.

6.- PROCEDIMENTOS PARA LA ATENCION DE SOLICITUDES DE REEMBOLSOS

Un reembolso es el reconocimiento y posterior devolución de los gastos por una prestación de salud que **EL BENEFICIARIO** se ha visto en la necesidad de atender con sus propios medios económicos.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

Al elegir esta modalidad, **EL BENEFICIARIO** deberá presentar un expediente para solicitar el reembolso por los casos de emergencias oncológicas ocurridas por neoplasia activa que a continuación se detallan:

a. Emergencias Metabólicas:

- Síndrome de lisis tumoral
- Hipercalcemia maligna
- Secreción Inadecuada de vasopresina
- Acidosis Láctica
- Hipoglicemia
- Insuficiencia adrenal

b. Emergencias Estructurales:

- Compresión medular
- Síndrome de vena cava superior
- Hipertensión endocraneana
- Taponamiento cardíaco
- Obstrucción de vía aérea
- Síndrome pilórico
- Obstrucción intestinal
- Obstrucción de Vía Biliar
- Obstrucción de vía urinaria

c. Asociadas al tratamiento:

- Neutropenia Febril
- Síndrome de Lisis Tumoral
- Reacciones Infusionales
- Colitis Neutropénica
- Colitis Hemorrágica

d. Adicionalmente Emergencias Prioridad I y II relacionadas al diagnóstico oncológico.

6.1.- SITUACIONES APLICABLES PARA REEMBOLSOS:

En las siguientes situaciones es aplicable el reembolso previa evaluación:

a. Cuando el **BENEFICIARIO** requiera de una atención de emergencia calificada como prioridad I y II (atención médica inmediata) debido a que se pone en riesgo inminente la vida, y no contando en su área geográfica con una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú cercana al lugar del siniestro. Solo en este caso no se requiere autorización previa por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

   Otras situaciones que requieren autorización previa a la atención:

   Previo a la solicitud de reembolso, el **BENEFICIARIO** deberá solicitar la autorización para acceder a una atención extrainstitucional bajo

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

esta modalidad, mediante la presentación del formato (**Anexo "K"**), a través del correo difosmar.secretaria@iafasfosmar.pe,

b. Cuando el **BENEFICIARIO** no cuente dentro de su ubicación geográfica con una IPRESS de la Marina de Guerra del Perú para la atención de urgencia calificada como prioridad III.

c. Cuando el **BENEFICIARIO** requiera una atención ambulatoria en una especialidad que la IPRESS Extra-Institucional en convenio no tenga capacidad resolutiva, y que se encuentre fuera de las provincias de Lima y Callao.

d. Otras situaciones a evaluación, previa presentación de la solicitud en el formato mencionado en el párrafo anterior.

6.2.- PLAZO Y REQUISITOS PARA SOLICITAR UN REEMBOLSO:

Después de realizada la atención, tiene como máximo TREINTA (30) días calendarios, desde la fecha de emisión de la factura para presentar el expediente que deberá incluir los documentos que sustenten el gasto efectuado de acuerdo con las siguientes consideraciones:

a. Solicitud de devolución por gastos efectuados del **Anexo "J"**, debidamente suscrita por el **BENEFICIARIO TITULAR**, adjuntando copia de su DNI, TIN o TIF de ser el caso y un voucher con su código de cuenta interbancario (CCI).

b. Factura Electrónica a nombre de "IAFAS de la Marina de Guerra del Perú" identificada con N° de RUC: 20555989912.

c. En caso de emergencias (accidental o médica), adjuntar copia de la Hoja de Emergencia y/o Historia Clínica, resultado de exámenes y el detalle con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos. En caso corresponda a Cirugía u Hospitalización, adjuntar copia del Informe Médico y/o Epicrisis, reporte Operatorio, resultado de Exámenes y el detalle de costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.

d. Carta de autorización de la atención extrainstitucional bajo la modalidad de reembolso emitida por la IAFAS, en los casos que no sean por atención de emergencia con diagnósticos de prioridad I y II.

e. En caso la factura electrónica exceda los SETENCIENTOS CON 00/100 SOLES (S/.700.00), y en caso en el expediente no se encuentre adjunto la constancia de auto detracción, se descontará la retención o detracción que corresponda y se procederá a reembolsar el importe neto después del descuento detallado.

f. De acuerdo con el Decreto Legislativo N° 1529 mediante el cual han modificado varias disposiciones de la Ley N° 28194, Ley para la lucha contra la evasión y para la formalización de la economía (TUO aprobado por D.S. N° 150-2007-EF), especialmente en cuanto a



reforzar la obligación de usar medios de pago en las operaciones ("bancarización"), todo pago mayor o igual a DOS MIL SOLES (S/.2,000.00), para efecto de reembolso, deberá ser bancarizado y entregado los voucher originales de los distintos medios de pago (depósito en cuenta, transferencia, tarjetas de crédito y débito y/o pagos POS).

g. No se autorizarán reembolsos originados bajo automedicación.

h. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibos por honorarios para solicitar reembolso por una atención.

i. El Plan de Salud Específico se reserva el derecho de excluir de la cobertura de reembolso a Clínicas, Centros de Salud, y otros proveedores que no se encuentren debidamente acreditados ante SUSALUD.

Los documentos presentados en forma extemporánea no serán considerados para evaluación.

El trámite de "Autorización de Reembolso" es evaluado por el Departamento de Gestión de Siniestros de la IAFAS, dentro del plazo máximo de TREINTA (30) días hábiles desde la fecha de recepción de todos los documentos, lo que se computará desde el día siguiente de la recepción por mesa de partes. De ser pertinente, el pago se realizará dentro de los QUINCE (15) días calendario contabilizados desde el día siguiente de la aprobación por Auditoría Médica.

En el caso de existir observaciones al expediente se comunicará en un solo acto al **BENEFICIARIO** vía oficio, otorgándole un plazo de (30) TREINTA días hábiles para el levantamiento de observaciones contabilizados al día siguiente de la notificación del Oficio; si el interesado requiere un plazo adicional podrá solicitarlo vía documento a través de mesa de partes de la IAFAS.

En el caso que el reembolso este en estado rechazado este se comunicará vía oficio al **BENEFICIARIO**, el cual podrá solicitar su recurso de reconsideración en un plazo no mayor a (15) QUINCE días hábiles contabilizados al día siguiente de la notificación del oficio.

7.- EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

Las prestaciones de salud excluidas (que no cuentan con cobertura de salud) por el Plan de Salud Complementario Onconaval, son las que a continuación se detallan:

1. Casos preexistentes de enfermedades oncológicas (cáncer).

2. No se considera como preexistencias a aquellas enfermedades oncológicas que hayan sido diagnosticadas y atendidas durante la vigencia anterior de una póliza/plan, que efectuó la cobertura de esta enfermedad oncológica durante el periodo inmediatamente anterior a la

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

afiliación en el nuevo plan, siempre que se cumpla con lo dispuesto en el artículo 100° del Reglamento de la Ley N° 29344.

Además, los casos en aplicación de la ley del olvido del cáncer.

3. Cáncer que se haya detectado previo a la afiliación y durante el período de carencia.

4. Exámenes y/o procedimientos médicos previos al diagnóstico de enfermedad oncológica (cáncer), excepto exámenes preventivos oncológicos autorizados por **LA IAFAS**.

5. Enfermedades que no sean diagnosticadas como oncológicas (cáncer).

6. Estudios, procedimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos que estén fuera de guías de práctica clínica Institucionales y estándares vigentes, de acuerdo a las recomendaciones de la National Comprehensive Cancer Network hasta la categoría 2A y que cuenten con aprobación por la Food and Drug Administration (FDA).

7. Trasplante de órganos.

8. Cirugía estética o cirugía plástica y prótesis de cualquier tipo.

9. Reconstrucción mamaria por cirugía profiláctica, prótesis y cirugía estética.

10. Gastos por cualquier tipo de traslado del paciente, gastos de acompañante, transporte o estadía, excepto lo estipulado en los beneficios (de acuerdo con la disponibilidad presupuestal).

11. Cualquier tipo de tratamiento fuera del territorio nacional.

12. Equipos audiovisuales y similares.

13. Gastos originados por los pacientes que acudan por su cuenta a IPRESS sin contar con la autorización de la Dirección Ejecutiva de **LA IAFAS**, excepto casos de emergencia oncológica (Prioridad I y II) ocurridas por neoplasia activa.

14. Medicamentos no contemplados en el Petitorio Farmacológico vigente del Plan de Salud Complementario Onconaval.

15. Medicamentos y tratamientos experimentales o en investigación.

16. Vitaminas y/o suplementos alimenticios y productos no medicinales, lácteos y vacunas. Medicinas homeopáticas y medicamentos experimentales según lo establecido por la FDA.

17. Cuidados paliativos y terapia del dolor domiciliarios.

18. Cualquier prestación de salud cubierta por el Plan de Salud Específico.

19. Los tamizajes de las unidades de los componentes hemoderivados a trasfundir (paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas,

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

crioprecipitados y otros similares), con excepción de los tamizajes de las unidades efectivamente trasfundidas.

20. Daños derivados de intento de autoeliminación o lesiones auto infringidas a excepción de casos derivados de un diagnóstico de salud mental confirmado.

Lima, xx de xxxxx de 202..

Representante legal IAFAS
Firma

Beneficiario
Firma

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

Detalle de los beneficiarios incluidos los derechohabientes
Se registrarán de acuerdo al siguiente formato:

ANEXO "A"

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO "ONCONAVAL" IAFAS FOSMAR - CONTRATANTE

IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

IAFAS de la Marina de Guerra del Perú	RUC:	20555989912	Teléfono:	935820448
	Dirección:	AV. Venezuela cuadra 34 S/N - Bellavista - Provincia Constitucional del Callao		

Póliza N°	
Vigencia desde	
Vigencia hasta	

Conste en el presente documento las condiciones Generales y Particulares del Contrato del Plan de Salud Complementario ONCONAVAL, que brinda LA IAFAS de la Marina de Guerra del Perú con R.U.C. N° 20555989912, con domicilio en Av. Venezuela cuadra 34 S/N Callao, a quien en adelante se le denominará la IAFAS y de la otra parte el **Contratante, quien en este caso será el Beneficiario Titular y/o el Beneficiario Derechohabiente,** los cual adquiere los beneficios y responsabilidades detallados en EL PLAN.

1. Datos del Contratante:

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I.:	
Dirección:			
Fecha de Nacimiento:		Teléfono:	
Correo electrónico			

2. Relación de Beneficiarios:

Datos de los BENEFICIARIOS			Fecha de Nacimiento			Parentesco (*)	D.N.I.
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Día	Mes	Año		

(*) Se consignará el parentesco que tengan los BENEFICIARIOS con relación al BENEFICIARIO TITULAR.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "B"

SOLICITA: ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ON

SEÑOR CAPITÁN 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....., ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo recibo el informe anatomo-patológico positivo de cáncer del Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico Naval "CMST", solicito a Ud. tenga a bien disponer el visado del informe antes mencionado por el Auditor Médico, la activación de cobertura Oncológica y la creación del código ON, para tal efecto adjunto los siguientes documentos:

- UN (1) Informe anatomo patológico de fecha.../.../.....

DIAGNÓSTICO:

POR LO EXPUESTO:

A Ud. solicito acceder a mi petición.

Bellavista,

_____

FIRMA

_____

RECIBIDO POR:

FECHA AFILIACIÓN:
ESTADO CUENTA:
ULTIMO MES DE PAGO:

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "C"

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo.....Grado.....Situaci
ón.....CIP.....DNI.....Dependencia.....Domiciliado
en:..... Telf. Casa.....Telf.
Trabajo..... Anexo..... Cel.....Correo
Electrónico.....

Marque con un (X) según corresponda: Si la respuesta es afirmativa, ampliar la información solicitada

Persona propuesta para afiliación	TITULAR		CÓNYUGE		HIJO 1		HIJO 2		HIJO 3		HIJO 4		HIJO 5	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Tiene o ha tenido Tumores benignos o malignos o cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?														

Si respondió afirmativamente, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro

Nombre y Apellido de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Declaro bajo juramento que las respuestas dadas en la presente Declaración Jurada de Salud son verídicas y completas; por lo que cualquier omisión simulación o falsedad hará perder todo derecho de afiliación en el presente Plan de Salud Onconaval, asumiendo el declarante las responsabilidades éticas y legales resultantes del presente acto.

Bellavista, ... de.....del 20....

.....

FIRMA DEL TITULAR

D.N.I. .....

(Huella Digital)

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "D"

FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO ONCONAVAL

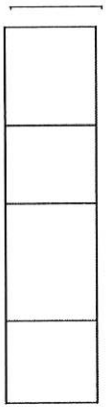
Yo,.....Grado.....Situación ..... CIP ..... DNI.....Dependencia .....Domiciliado en: .....
Telf. Casa: .....Telf. Trabajo.....Anexo .....Cel .....
Correo electrónico.....
Deseo que la persona inscrita en el Plan de Salud Complementario Onconaval, que a continuación indico:

Apellidos 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.....

Atendido por

Firma del titular

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.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "E"

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LA OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN (OGA) DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU

Yo.....CIP:.....DNI:.....
domicilio real: .....
distrito:.....provincia:.....departamento:.....
.....teléfono de casa:.....número de celular: ..... e-mail: .....

Por intermedio de la presente, en mi condición de titular del sistema de salud naval, autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a efectuar los trámites correspondientes para el descuento por el pago de las primas del Plan de Salud Complementario Onconaval, a través de mi boleta de pago de remuneraciones.

Asimismo, autorizo a que dicho descuento se haga efectivo en estricta observancia al Decreto Legislativo N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondo de Aseguramiento en Salud de Las Fuerzas Armadas – y el Decreto Supremo N° 010- 2014-EF- normas reglamentarias para que las entidades públicas realicen afectaciones en la planilla única de pagos.

Lugar: .....

Fecha: ..... de ..... del .....

Huella Digital

.....

(FIRMA)

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "F"

DGG N° 04-GP-2024
Anexo 4

FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A LA CAJA DE PENSIONES MILITAR POLICIAL

Yo.....,
grado....., instituto Marina de Guerra del Perú identificado con CIP....., y DNI....., domiciliado en ....., del distrito ..... y provincia de ....., con teléfono fijo....., número de celular ..... y correo electrónico.....

Autorizo a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, a efectuar descuentos por el concepto de:
0001 Plan Onconaval, 0002 Plan Segunda Capa y 0003 Atenciones Extrainstitucionales sobre mí pensión mensual, la cual percibo a través de la Caja de Pensiones Militar Policial.
De la misma manera declaro además tener conocimiento sobre **el orden de prelación establecido en los 5° y 6° del Decreto Supremo N° 010-2014-EF**.
La entidad considerará, en primer término, aquella que tuviera relación con la atención de las obligaciones asumidas por estos frente a los fondos de bienestar y, solo después, puede considerar las relacionadas con créditos otorgados por las entidades supervisadas y/o reguladas 0por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.

Asimismo, mediante el presente documento se deja constancia que la entidad IAFAS de la Marina de Guerra del Perú es el único responsable del monto del descuento enviado y ejecutado por la Caja de Pensiones Militar Policial, sobre mi pensión.

De presentarse consultas y/o no encontrase conforme con los montos descontados y servicios prestados, estas deberán ser canalizadas directamente con la entidad (IAFAS de la Marina de Guerra del Perú).

NOTA: El plazo de vigencia de la presente autorización, se encuentra alineado en base al plazo consignado en el contrato/convenio o documento N° ....., suscrito entre la entidad y el pensionista.

Lima, ... de.....del 202

FIRMA DEL SOLICITANTE

DNI N°

Huella Digital

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
POSMAR

ANEXO "G"

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POTESTATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL PREVISIONAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (DGEPREV-MINDEF)

Mediante el presente documento, Yo _____, con DNI N° _____ y con CIP N°_____, actualmente en situación de retiro de: EP (__) FAP(__) MGP(__), perteneciente al régimen: Militar (__) Civil (__) Otros (__), con tipo de pensión: Titular (__) Sobreviviente (__), domiciliado en _____ Distrito _____Provincia_____Departamento_____teléfono_____ y correo electrónico _____.

AUTORIZO EN FORMA EXPRESA Y VOLUNTARIA a la Oficina Previsional de las Fuerzas Armadas – Ministerio de Defensa – Unidad Ejecutora N° 0009, en adelante OPREFA-MINDEF, a efectuar los descuentos en la planilla mensual de pensión y/u otras bonificaciones que se ejecuten a mi favor, los mismos que serán remitidos y registrados por la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, por el siguiente concepto y conforme a los códigos de descuentos autorizados que se detallan:

☐ Crédito ☐ Aporte[1] ☐ Cuota[2] ☐ Otros[3]

Nro.	Cod. Descuento	Nombre del Descuento	Importe	Percibos (Marcar con "X")			
				Pensión y/o Subsidio por Invalidez/Póstumo y/o demás percibos	B. Defensor de la Patria	B. Chavín de Huántar	Otros (Indicar)
1	6803	IAFAS FOSMAR - ONCONAVAL	S/. _____				

Los importes señalados se encuentran sujetos a variaciones según el porcentaje de descuento disponible autorizados por ley.

Finalmente, dejo constancia que la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, es el único responsable de la remisión, registro y/o carga de información relacionada al monto de descuento a ejecutar por la OPREFA – MINDEF sobre mis beneficios previsionales y/u otras bonificaciones; por lo que, cualquier reclamo o consulta generada a consecuencia de dicha información acudiré a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

DECLARACIÓN OPCIONAL:

Declaro que, de manera voluntaria, **SI ( ) NO ( ) ACEPTO** que se considere mi bonificación por "Subsidio de Invalidez", "Defensores de la Patria" u otros relacionados, como conceptos pasibles de descuento; en consecuencia, **SI ( ) NO ( ) AUTORIZO** a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú para que considere dichos ingresos en la evaluación de capacidad de descuento y se afecten en el descuento de las cuotas generadas por la obligación contraída y autorizada por mi persona a la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú.

En fe de lo cual firmo el presente documento a los _____de ____20

_____
(FIRMA)

Post Firma: _____

Huella Digital

D.N.I (CE) : _____

Nota:
-ES OBLIGATORIO ADJUNTAR COPIA DEL DNI.
-TODOS LOS CAMPOS Y DOCUMENTACIÓN SON OBLIGATORIOS. DE LO CONTRARIO NO SE REALIZARÁ LA INSCRIPCIÓN.

[1] Sujeto a variación siempre que el Estatuto de la Asociación o Centro/Institución Educativa, así lo establezca.
[2] Relacionado a una prestación de salud.
[3] Cualquier otra obligación diferente a los antes señalados y en el marco de lo establecido por ley.

El suscrito deja expresa constancia que la presente carta de autorización, se efectúa conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del artículo 6 de las Normas Reglamentaria para que las Entidades Públicas se adecuen y realicen descuentos en la planilla única de pagos aprobado mediante Decreto Supremo N° 010-2014-EF.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "H"

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE ATENCION EXTRAINSTITUCIONAL (FRAE)

	FRAE N° .....AÑO 20.....						
	SERVICIO SOLICITANTE	FECHA			N° ATENCIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR	GRADO	ESP.	TELEF.	C.I.P.		DNI.	
UNIDAD / DEPENDENCIA	ACT.	DISP.	RET.	FALLECIDO			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	TIT.	ESP.	HIJ.	PAD.	SUEG.	DNI.	
HOSPITALIZADO / SALA	CAMA	EDAD		CÓDIGO ONCONAVAL			

	PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	CIE 10
1		
2		
3		

	EXAMEN / PROCEDIMIENTO MÉDICO REALIZADO	CPMS
1		
2		
3		

COBERTURA IAFAS FOSMAR		
TITULAR TARIFA NO REMUNERADA: COBERTURA 100%	FAMILIAR DIRECTO: COBERTURA 80% COPAGO 20%	AFILIADOS ONCONAVAL: COBERTURA 100%

PRIORIDADES		
EMERGENCIA (1)	URGENCIA (2)	AMBULATORIO (3)

DATOS A SER LLENADOS POR LA IPRESS NAVAL		
FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE	FIRME Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR / JEFE DE LA IPRESS NAVAL

1	SEGÚN NORMAS DE MINSA, SE CATALOGAN COMO **PRIORIDAD I Y II**. REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA AL PONER EN PELIGRO INMINENTE LA VIDA O GRAVE RIESGO PARA LA SALUD, REQUIERE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS INMEDIATOS, EMPLEANDO LOS RECURSOS DE PERSONAL Y EQUIPAMIENTO.
2	SON SITUACIONES QUE NO EXISTE RIESGO INMINENTE DE MUERTE, SE REQUIERE RÁPIDA INTERVENCIÓN MÉDICA, PARA PREVENIR COMPLICACIONES MAYORES
3	ES TODA CONDICIÓN QUE NO ES EMERGENCIA O URGENCIA, QUE SON EXÁMENES Y/O TRATAMIENTOS ELECTIVOS Y PROGRAMABLES.

(*) CORRECTO LLENADO SEGÚN LO ESTABLECE EL OFICIO S1000-623 DE FECHA 23 DE ABRIL DEL 2019.
(*) ADJUNTAR INFORME MEDICO Y/O ORDEN MEDICA.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

ANEXO "I"

ACTA DE CONFORMIDAD

Por medio de la presente se otorga la conformidad por el servicio de atención médica y/o procedimiento extrainstitucional a solicitud de la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, de acuerdo con lo siguiente:

Carta de garantía: ACG N° .....de fecha: .....
paciente:.....DNI/CIP: .....
titular:.....DNI/CIP: .....
diagnóstico:.....
examen y/o procedimiento realizado:.....
.....
monto valorizado: .....

En tal sentido, las Instituciones representadas por las siguientes personas, suscriben la presente acta en señal de conformidad el día .....del mes de ..... del año 20.....

.....

Antefirma, firma y sello

Institución Prestadora

(IPRESS y/o Profesional de la Salud)

.....

Antefirma y firma del paciente

.....

Antefirma y firma

del titular

Nota:

La presente Acta de Conformidad será remitida por la Institución Prestadora (IPRESS) y/o Profesional de la Salud, a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, correctamente llenada, con letra legible, firmada y con los sellos respectivos, documento con el cual se dará inicio al trámite de pago correspondiente.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
POSMAR

ANEXO "J"

SOLICITA: DEVOLUCIÓN POR GASTOS EFECTUADOS

SEÑOR CAPITAN DE NAVIO ADM., DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

Sr. C.DE.N. ADM.

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, según sea su elección marcar Si ( ) No ( ), ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo efectuado gastos por el concepto de....., ascendente a la suma de ..... SOLES (S/. .....), los cuales fueron autorizados previamente por esa Dirección Ejecutiva, mediante..... .....solicito a Ud. Señor Capitán de Navío ADM. tenga a bien disponer el reembolso correspondiente, para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Factura a nombre de IAFAS de la Marina de Guerra del Perú, RUC. 20555989912, Dirección Av. Venezuela Cdra. 24 S/N° Bellavista – Callao
- **Solo en caso** que el monto de la factura supere los S/700,00, según lo establecido por la SUNAT, el servicio está sujeto a detracción, por lo tanto, deberá adjuntar una constancia de depósito de detracción y una constancia del medio de pago.
- Liquidación de los gastos incurridos (Honorarios, procedimientos, laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos).
- Copia de historia clínica, informe médico o evidencia que sustente la prestación
- Copia del DNI.
- Voucher de Cuenta Bancaria y CCI (Código de Cuenta Interbancaria)
- Solo en caso de contar con una Autorización de IAFAS FOSMAR adjuntar copia del documento Autorizado y/o MN.

Bellavista,

Atentamente,

_____
Atendido por

.....
Firma

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

ANEXO "K"

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

SEÑOR CAPITÁN DE NAVÍO ADM., DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

Yo,.....,
identificado con N° de CIP..... y N° de DNI.....,
domiciliado en .....,
actualmente laborando actualmente en..... con teléfono celular N°....., correo electrónico.....,....., autorizo la notificación del resultado de la solicitud al correo consignado, según sea su elección marcar Si ( ) No ( ), con Diagnóstico:....., ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que,.....
.....
.....
..... para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Copia del TIN
- Copia del DNI
- Informe médico sustentatorio, con firma y sello del médico tratante
- Presupuesto detallado con costos por el monto aproximado de la atención

Bellavista,

Atentamente,

.....

Firma

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS
FOSMAR

APENDICE II DEL ANEXO "D"

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

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 "ONCONAVAL" con código de recaudo (0323102) en el Banco Interbank, **EXPRESANDO MI CONSENTIMIENTO Y CONFORMIDAD** sobre los alcances, condiciones, coberturas, exclusiones y demás requisitos establecidos 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

.....

Firma

_____

Atendido por

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR

APÉNDICE I DEL ANEXO "D"

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.....

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA IAFAS FOSMAR