



**SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE LA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA  
DEL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA FUERZA AÉREA  
DEL PERÚ (FOSFAP)**

**SOLICITUD**

**MOTIVO:**

- ..... EXCLUSIÓN DE FAMILIAR
- ..... DEVOLUCIÓN DE DESCUENTOS
- ..... REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS
- ..... OTROS:.....

**DETALLES DEL MOTIVO:**

.....

.....

.....

.....

.....

**PARA LO CUAL ADJUNTO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

**EXCLUSIÓN FAMILIAR:**

- 1.- COPIA DE DNI TITULAR ( )
- 2.- ACTA DE DEFUNCIÓN ( )
- 3.- BOLETA DE HABERES/PENSIÓN ( )
- 4.- VOUCHER CCI BANCO ( )
- 5.- OTROS..... ( )

**DEVOLUCIÓN DE DESCUENTOS:**

- 1.- COPIA DE DNI ( )
- 2.- BOLETA DE HABERES/PENSIÓN ( )
- 3.- VOUCHER CCI BANCO ( )
- 4.- OTROS..... ( )

**REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS:**

- 1.- COPIA DE DNI TITULAR ( )
- 2.- INFORME MÉDICO ( )
- 3.- RECETA ORDEN MÉDICA ( )
- 4.- BOLETAS DE VENTA A/O TITULAR ( )
- 5.- VOUCHER CCI BANCO ( )
- 6.- OTROS.....

**OTROS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:**

- 1.- COPIA DE DNI ( )
- 2.- OTROS..... ( )

**DATOS OBLIGATORIOS DEL TITULAR:**

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

GRADO:..... UNIDAD:..... NSA:..... DNI:.....

EMAIL:..... TEL. CEL:..... TEL. FIJO:.....

DIRECCIÓN:..... DISTRITO:.....

NÚMERO DE CUENTA DE AHORROS DEL TITULAR BANCO:..... N°:.....

CÓDIGO INTERBANCARIO (CCI) (20 dígitos):.....

Miraflores.....de.....del 20.....

HUELLA  
DIGITAL

.....

FIRMA