

FOSEPFAP		Cobertura		Crematorio			
Columbario		Lugar					
Urna		Horizontal		Vertical		Otro	

Color

C . VELATORIO:

Sala Domicilio
Velatorio MZA. # 159- LOTE 13-VILLA POETA/JOSE GALVEZ-V.M.T.
Referencia PQRQUE 8 DE OCTUBRE /PARADERO 11 JOSE GALVEZ/V.M.T.

D . ATAÚD:

Si No Metal Cobertura
Estándar Semiviciado Párvulo
Color CAOBA

E . TRATAMIENTO CADÁVER:

Si No
Formalización Tanato estético

F . CAPILLA ARDIENTE:

Si	X	No		Codigo	5	Cirios	0
Focos	X	Candelabros	X	Cristo (Img)	X	Soporte	X
Reclinatorio	X	Caballote	X	Tarjetero		Porta Letrero	
Portarretrato		Flamas	X	Manto	X	Parantes de Manto	X
Travesaño	X	Alfombra	X				

G . VEHÍCULOS:

Si	X	No	
Carroza		Chofer	
Floral		Chofer	
Acompañante		Chofer	
Capilla Ardiente / Féretro	X	Chofer	GABRIEL CHAPARRO / TONNY RUIZ BKU

H . CARGADORES:

Si No Empresa CARGADORES & CATHERING F.R.R.

I .TRAMITES ADMINISTRATIVOS:

Si No

J . TRANSLADO:

Traslado del féretro de la ciudad de Lima a: Via

OBSERVACION

RECIBI UN EJEMPLAR DEL PRESENTE CONTRATO

5 . ASPECTO GENERALES:

1 . DECLARO: Conocer que cuando no uso la sepultura o nicho del FOSEPFAP, el solicitante abonará directamente por dichos conceptos al Camposanto, Municipalidad, Beneficencia Pública y a las Funerarias que tenga Contrato vigente en provincia hasta el monto máximo establecido en el cuadro de coberturas vigente.

2 . DECLARO: Conocer que cualquier abono y/o reembolso, deberá estar sustentado con la documentación de valor contable y legal a nombre del FONDO DE SEPELIO DE LA FAP con RUC 20505143150 con la descripción del servicio otorgado, caso contrario autorizo el descuento de mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales por dichos conceptos hasta su cancelación total.

3 . DECLARO: Conocer que está prohibido el uso del vehículo Carroza para el transporte de arreglos florales y otros, así como en recorridos no establecidos ni autorizados.

4 . DECLARO: Conocer que no existe pago alguno o adicional por ningún motivo al personal del FOSEPFAP y al personal de las agencias contratadas por los servicios recibidos, así como he sido informado y alertado de la existencia de llamadas de estafadores y/o extorsionadores exigiendo pagos y depósitos dinerarios.

5 . DECLARO: Conocer que después del servicio recibido en mi condición de viuda(o)/padre/madre/hijo, solicitante del servicio funerario, me encuentro en la condición de AFILIADO OBLIGATORIO del FOSEPFAP, comprometiéndome en mérito a lo dispuesto en el art. 1956° del Código Civil como Promesa Unilateral, asumir el pago mensual de los aportes o el monto total del valor de los servicios recibidos, cancelando en las agencias bancarias o autorizando al FOSEPFAP efectué descuentos en mis haberes y/o pensiones o cargado a mis aportes mensuales.

6 . ACEPTO Y ME COMPROMETO: Asumir el costo total por deterioro o pérdida de Capilla Ardiente, sus componentes y demás accesorios entregados, los mismos que se encuentran señalados en el acápite f.-, cancelando en el Banco autorizado por el FOSEPFAP, caso contrario autorizo se efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales, hasta cubrir el monto de lo adeudado.

7 . ACEPTO: Al no hacer uso del servicio de cremación otorgado por el FOSEPFAP, sólo se reconocerá y abonará directamente al Crematorio hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Cobertura vigente.

8 . DECLARO: Conocer que el uso de columbario será de acuerdo a disponibilidad del FOSEPFAP.

9 . DECLARO: Conocer que el ataúd usado no será devuelto al FOSEPFAP, por motivos de Salud Pública.

10 . ACEPTO: Asumir los costos por concepto de embalsamamiento y autorización de DISA cuando la sepultura o cremación se realiza después de las 48 horas del fallecido.

11 . ACEPTO: Asumir los importes que superan los montos máximos establecidos en el cuadro de cobertura vigente.

12 . DECLARO: Conocer que el Titular y/o familiares beneficiarios que tiene deudas de los aportes, no podrá continuar afiliado al FOSEPFAP, de acuerdo a la normatividad vigente.

13 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, cuando el titular, solicitante, contratante o beneficiario tenga deudas de sus aportes y/o haya sido desafilado de acuerdo a la normatividad vigente.

14 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP, utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, en caso haya sido cremado o sepultado en otro lugar.

15 . AUTORIZO: Recibir información a través de la plataforma EQUIFAX-INFOCORP (mensajes de textos, correos electrónicos, o cartas físicas) en el caso de no cumplir con mis aportes al FOSEPFAP.

16 . ACEPTO: La inclusión del reporte de mis deudas en la base de datos de INFOCORP.

17. DECLARO: Conocer que el tiempo máximo de espera de la movilidad acompañante es de 45 min. en el camposanto para el retorno de los familiares al punto de inicio.

Martes, 1 de octubre del 2024



Director Ejecutivo

COR. FAP LANDA VERTIZ JUAN FRANCISCO

DNI° 09993993

Firma:

Nombres y Apellidos: ROSANA GRACIELA ROMERO
GOMERO

DNI:10499348

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: