



VISTA PREVIA DE CONTRATO

El Fondo de Sepelio de la FAP (FOSEPFAP), representado por su director ejecutivo, suscribe el presente Contrato de prestación de Servicios Funerarios con el:

1. DATOS DEL TITULAR Y/O SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos 123 123 con DNI° 12312123
NSA _____ Estado Civil VIUDO Religión ADVENTISTA Unidad FAP _____
Domiciliado en 123
Ref. domicilio 123
Parentesco con el fallecido HIJO Correo electrónico 123@123.COM
Telefono 1 12312312 Telefono 2 12312312 Telefono 3 _____

FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Esposa	123123123123 123asd	45634322	1@12asd.com

2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos 123 123
DNI N° 12312312 NSA _____ Parentesco con el titular HIJO Edad 0 años
de estado civil de acuerdo al DNI CASADO Fecha de Nacimiento 2021-09-07
Fecha del Deceso 2021-09-07 Hora del Deceso 12:42:00
Lugar de Deceso 123123123
Causa de Deceso 123123

3. BIENES Y SERVICIOS OTORGADOS AL PERSONAL TITULAR (MILITAR-CIVIL) Y/O CONTRATANTE:

Encontrándose el titular y/o beneficiario en la condición de aportante activo al FOSEPFAP las partes acuerdan que el FOSEPFAP le proporcione al solicitante o contratante los servicios funerarios consistentes en:

A. INHUMACIÓN:

Fecha de Sepelio o Cremación _____ Hora de Ingreso _____
Persona de Contacto del Cementerio _____
Cementerio _____
Nicho FOSEPFAP Cobertura Familia
Sepultura FOSEPFAP Cobertura Familia
Nivel 2 Nombre _____
Nivel 1 Nombre _____

B. CREMACÓN:

FOSEPFAP Cobertura Crematorio _____
Columbario Lugar _____
Urna Horizontal Vertical Otro
Color _____

C. VELATORIO:

Sala Domicilio

Velatorio _____

Referencia _____

D. ATAÚD:

Si No Metal Cobertura

Estándar Semiviciado Párvulo

Color _____

E. TRATAMIENTO CADÁVER:

Si No

Formalización Tanato estético

F. CAPILLA ARDIENTE:

Si No Codigo Cirios

Focos Candelabros Cristo (Img) Soporte

Reclinatorio Caballete Tarjetero Porta Letrero

Portarretrato Flamas Manto Parantes de Manto

Travesaño Alfombra

G. VEHÍCULOS:

Si No

Carroza Chofer _____

Floral Chofer _____

Acompañante Chofer _____

Capilla Ardiente / Féretro Chofer _____

H. CARGADORES:

Si No Empresa _____

I. TRAMITES ADMINISTRATIVOS:

Si No

J. TRANSLADO:

Translado del féretro de la ciudad de Lima a: _____ Via _____

5. ASPECTO GENERALES:

- DECLARO: Conocer que cuando no uso la sepultura o nicho del FOSEPFAP, este 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.
- 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.
- 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.
- DECLARO: Conocer que no existe pago alguno por ningún motivo al personal del FOSEPFAP 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, 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, autorizando al FOSEPFAP efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o cargado a mis aportes mensuales, hasta cubrir el monto de lo adeudado, más los intereses acumulados hasta la fecha de su cobro.
- 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.

Martes, 7 de septiembre del 2021



Directo Ejecutivo
COM. FAP ROGELIO HORNA MIMBELA
DNI° 07762473

FOSEPFAP
FONDO DE SEPELIO DE LA FUERZA AEREA DEL PERU

Firma:

Nombres y Apellidos: 123 123

DNI: 12312123

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: