

Color _____

C. VELATORIO:

Sala Domicilio
Velatorio AV.LOS ALISOS 921 URB. MICAELA BASTIDAS II ETAPA - LOS OLIVOS
Referencia FRENTE AL INSTITUTO MANUEL AREVALO - LOS OLIVOS

D. ATAÚD:

Si No Metal Cobertura
Estándar Semiviciado Párvulo
Color CAOBA

E. TRATAMIENTO CADÁVER:

Si No
Formalización Tanato estético

F. CAPILLA ARDIENTE:

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Codigo	<input type="text" value="4"/>	Cirios	<input type="text" value="0"/>
Focos	<input checked="" type="checkbox"/>	Candelabros	<input checked="" type="checkbox"/>	Cristo (Img)	<input checked="" type="checkbox"/>	Soporte	<input checked="" type="checkbox"/>
Reclinatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Caballote	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjetero	<input type="checkbox"/>	Porta Letrero	<input type="checkbox"/>
Portarretrato	<input type="checkbox"/>	Flamas	<input checked="" type="checkbox"/>	Manto	<input checked="" type="checkbox"/>	Parantes de Manto	<input type="checkbox"/>
Travesaño	<input checked="" type="checkbox"/>	Alfombra	<input checked="" type="checkbox"/>				

G. VEHÍCULOS:

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Carroza	<input checked="" type="checkbox"/>	Chofer	_____
Floral	<input checked="" type="checkbox"/>	Chofer	_____
Acompañante	<input checked="" type="checkbox"/>	Chofer	_____
Capilla Ardiente / Féretro	<input checked="" type="checkbox"/>	Chofer	CHAPARRO G / PANTA ATN

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

SE HACE ENTREGA DE UN ORIGINAL 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 efectúe 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.

Miércoles, 1 de mayo del 2024



Director Ejecutivo

COR. FAP LANDA VERTIZ JUAN FRANCISCO

DNI° 09993993

Firma:

Nombres y Apellidos: SRA. LUCILA HIPOLITA
DALGUERRE DE UGARTE

DNI:08608556

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: