

**FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE  
SALUD ONCONAVAL**

Yo, ..... Grado .....

Situación ..... CIP ..... DNI..... Dependencia.....

Domiciliado en: .....

Telf. Casa: ..... Telf. Trabajo ..... Anexo ..... Cel.....

Correo electrónico.....

Deseo que los inscritos en el Plan de Salud Onconaval que a continuación indico sean desafiados del mismo, 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.

Para tal fin adjunto Declaración Jurada en la que indico que cada familiar ha tornado conocimiento de dicha decisión.

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

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

**Firma del Titular**

.....