

**FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE
SALUD SEGUNDA CAPA**

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 Segunda Capa 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 tomado conocimiento de dicha decisión.

Bellavista, de del 20....

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

Firma del Titular

.....