

**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 desafiliados 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.

Bellavista,de del 20.....

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

Firma del Titular
