

**SOLICITO : ACTIVACIÓN DEL PLAN DE  
SEGUNDA CAPA**

SEÑOR CONTRALMIRANTE ADM. DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ  
SR. CALM.:

Yo.....  
identificado con N° de CIP..... y N° de DNI..... domiciliado en  
.....  
.....  
..... ,teléfono N° ....., correo electrónico.....,  
ante Ud. con debido respeto me presento y expongo:

Que,.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

POR LO EXPUESTO:  
A Ud. solicito acceder a mi petición.

**Se adjunta lo siguiente:**

- Copia del DNI
- Estado de cuenta por atenciones médicas o farmacológicas
- Boucher de CCI o cuenta del banco

Bellavista,

Atentamente

.....

Firma