

**FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE
SALUD COMPLEMENTARIO 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, debido a lo siguiente:

.....

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.

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

MOTIVO DE LA DESAFILIACIÓN:

Bellavista, de del 20....

.....
Firma del Titular