

**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN A LOS PLANES COMPLEMENTARIOS****SOLICITUD N°** \_\_\_\_\_**Datos del Titular:**

Yo, \_\_\_\_\_

NSA: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ **Situación:** Actividad ( ) Retiro ( ) Disponibilidad ( )

Unidad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario:**

Yo, \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Telf. / Celular: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: Cónyuge  Padre  Madre  Hijo(a) 

Dirección: \_\_\_\_\_

Expreso mi deseo de no seguir perteneciendo al Plan de Salud Complementario Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Familiar ( ) / Plan de Salud Complementario Padres ( ) / Plan de Salud Complementario Oncológico Padres ( ) y autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS – FOSFAP realizar los trámites administrativos que sean necesarios, a fin de que se me exceptúe de los descuentos mensuales por las primas correspondientes a los planes de salud de los cuales me encuentro inscrito, sin derecho a devolución de mis aportaciones.

Relación de derechohabientes a desafiliar de los planes de salud:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	DNI	Nacionalidad

**Para lo cual adjunto la siguiente documentación:**

- 1.- Copia DNI (Titular / Beneficiario)..... ( ) 2.- Acta de Defunción..... ( )  
3.- Boleta de Haberes / Pensión..... ( ) 4.- Otros ..... ( )

Santiago de Surco, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

--	--

Firma

Huella

**Celular:** 953 744 396 / 943 860 527**E-mail:** afiliacion.iafas@iafasfap.gob.pe