

Fecha de solicitud:

**SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN
PLAN DE SALUD AUTOSEGURO FESUNAT****DATOS DEL TRABAJADOR - TITULAR (CONTRATANTE)**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

Por medio de la presente solicitud, el contratante solicita la desafiliación de FESUNAT (IAFAS) de sus asegurados que a continuación detalla:

PARENTESCO	NRO DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NAC. DD/MM/AA	EDAD	SEXO	PLAN (*)	ONCOSALUD (**)
Hijo 1 ()							
Hijo 2 ()							
Hijo 3 ()							
Hijo 4 ()							

PARENTESCO	NRO DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NAC. DD/MM/AA	EDAD	SEXO	PLAN (*)	ONCOSALUD (**)
Madre ()							
Padre ()							

(*) Plan Base (B), Complementario (C), Nuevos Padres (NP).**(**) Plan Oncológico**

El motivo por el cual solicita la desafiliación es el siguiente:

FIRMA DEL CONTRATANTE