

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 (*)
Hijo 1 ()						
Hijo 2 ()						
Hijo 3 ()						
Hijo 4 ()						

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

(*) Plan Base (B), Complementario (C).

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

FIRMA DEL CONTRATANTE