

PROCEDIMIENTO DESAFILIACIÓN AL AUTOSEGURO

I.- OBJETIVO

El presente documento tiene como finalidad establecer los principales lineamientos para la desafiliación de las prestaciones de salud a los dependientes de los trabajadores inscritos a los Planes de salud del Autoseguro de la IAFAS FESUNAT.

II. CONDICIONES PARA LA DESAFILIACIÓN:

La desafiliación al plan de salud seleccionado se producirá de **forma automática** cuando se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- a. Renuncia del titular.
- b. Término del vínculo laboral.
- c. Fallecimiento del afiliado.
- d. Inhabilitación definitiva por falta grave.
- e. Limite de edad de permanencia en el plan.

De manera complementaria, El AFILIADO tiene el derecho a solicitar de **forma libre y voluntaria** su DESAFILIACIÓN al plan de salud del Autoseguro de la IAFAS FESUNAT. Para ello, el trabajador/contratante deberá presentar su solicitud a través de los canales de comunicación habilitados por el Autoseguro y adjuntar los documentos respectivos.

III. REQUISITOS PARA DESAFILIACIÓN

El trabajador contratante deberá:

1. Completar el Formulario Único de desafiliación, en el cual precise el dependiente a desafiliar y el motivo de la desafiliación. El formulario debe estar firmado por el trabajador/contratante.
2. Copia DNI del titular y de la persona que deseas desafiliar.
3. Remitir la solicitud al correo electrónico ileiva@fesunat.pe y adjuntar los documentos antes mencionados en los numerales 1 y 2.

Fesunat Informa al administrador del Autoseguro (SABSA) sobre la solicitud de desafiliación de los dependientes del trabajador mediante correo electrónico.

SABSA realiza la gestión de desafiliación, la cual será efectiva a partir del primer día del mes siguiente de haber presentado la solicitud.

**ANEXO:
FORMULARIO DE SOLICITUD DESAFILIACION A LA IAFAS**



REGISTRO TRABAJADOR (A)

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**

