Yo **[nombre y apellidos],** con DNI **[num. id fiscal]**, solicito la baja a vencimiento **[DD/MM/AAAA]** de la cobertura de Asistencia Familiar IPlus de la cual soy tomador/a y los beneficiarios son los siguientes:

**-[nombre beneficiario]**

**-[nombre beneficiario]**

**[nombre y apellidos]**

**[DNI]**

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ del **[AAAA]**