

Titular:  
Dirección:  
Localidad:  
Código Postal:  
N.I.F./C.I.F:  
Nº Afiliación a la Seguridad Social:

Nombre:  
Dirección:  
C.P.:           Localidad:  
Provincia:

,           de

Muy Sres. nuestros:

De acuerdo con lo previsto en la normativa vigente, les participo que deseo renunciar, en su próximo vencimiento, a cubrir con esa Mutua la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, solicitando en consecuencia la rescisión del Documento de Adhesión que para dicha prestación tengo suscrito con Vds.

Aprovecho la ocasión para saludarles atentamente.

Fdo.:  
DNI:  
Cargo: