

Titular:  
Enderezo:  
Localidade:  
Código Postal:  
N.I.F./C.I.F:  
Nº Afiliación á Seguridade Social:

Nome:  
Enderezo:  
C.P.:                   Localidade:  
Provincia:

,                   de

Moi Sres. nosos:

Segundo o previsto na normativa vixente, comunícolles que desexo renunciar, no seu próximo vencemento, a cubrir con esa Mutua a prestación económica por incapacidade temporal derivada de continxencias comúns, solicitando en consecuencia a rescisión do Documento de Adhesión que para a devandita prestación subscribíñ con Vdes.

Aproveito a ocasión para saudalos atentamente.

Asdo.:  
DNI:  
Cargo: