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: _____