

EMPRESA:
CIF:
C.C.C.:
DOMICILIO:
LOCALIDAD:

_____ a _____ de _____ de 20__

umivale Activa
Servicio de Afiliación y
Recaudación
Calle San Isidoro de Sevilla 14
CP: 28005 Madrid

Estimados Señores:

Me dirijo a ustedes como titular de la empresa y les comunico mi deseo de extinguir la cobertura de la incapacidad temporal por **Contingencias Comunes**, que esta empresa tiene concertada con esa Mutua, para trasladarla al Instituto Nacional de la Seguridad Social a partir de su próximo vencimiento.

Sin otro particular, les saluda atentamente.

D.:
D.N.I:
En calidad de: