

EMPRESA:
CIF:
CCC:
DOMICILIO:
LOCALIDADE:

_____ a _____ de _____ do 20__

umivale
Servicio de Afiliación y Recaudación
Calle San Isidoro de Sevilla 14
C. P.: 28005 Madrid

Estimados señores:

Diríxome a vostedes como titular da empresa e comunícolles o meu desexo de extinguir a cobertura da incapacidade temporal por **Continxencias Comúns**, que esta empresa ten concertada con esa Mutua, para trasladala ao Instituto Nacional da Seguridade Social a partir do seu próximo vencemento.

Sen outro particular, saúdalles atentamente.

D./D.^ª:
DNI:
En calidade de: