

..... de .....de .....

Señor/a

S/D.

El/La que suscribe .....con DNI N°  
..... que presta servicios en.....

se dirige a uds. a efectos de solicitar la **RESCISIÓN** en mis haberes de las  
primas correspondientes al/los siguientes seguros:

(Marcar la rescisión solicitada)

- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Titular Múltiplo de Sueldos - 840**
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Mayores Múltiplo de Sueldos - 842, 843**
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Cónyuge Múltiplo de Sueldos - 841**
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Titular Capital Uniforme - 844**
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Mayores Capital Uniforme - 846, 847**
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Cónyuge Capital Uniforme - 845**
- Seguro Colectivo de Gastos de Sepelio - 848**
- Seguro Colectivo de Accidentes Personales Titular - 849**
- Seguro Colectivo de Accidentes Personales Cónyuge - 850**

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Firma: