

Lugar ▶ _____ Fecha ▶ _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITÓ LA BAJA DEFINITIVA DEL CONTRATO DE COBERTURA DE RIESGOS DEL TRABAJO:

Número ▶ _____

CUIT ▶ _____ Razón social ▶ _____

Motivo de baja (marcar la opción que corresponda):

- Sin empleados en relación de dependencia
- Cese de actividades
- Fallecimiento

Documentación:

Sin empleados: adjuntar el formulario F931 sin empleados más ticket de presentación o F 420/D/T.

Cese de actividades: adjuntar Cese de actividades por AFIP F 420/D/T.

Fallecimiento: adjuntar Certificado de defunción + F931 sin empleados o Cese de actividades.

Firma ▶ _____ Aclaración ▶ _____

Personería ▶ _____

Ante cualquier duda o consulta o para requerir las prestaciones médicas definidas en el artículo 20 LRT, puedes comunicarte al **0800-777-7278** o por mail a clientes@experta.com.ar