BAJA DE CONTRATO

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.

Copia del DNI del firmante de la nota y poder en caso de ser SA o SRL.

Firma ▸ _____ **Aclaración** ▸ _____

Personería ▸ _____

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

Experta ART S.A.
Av. del Libertador 6902, C1429 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: 0800-777-7278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar