

Rescisión del Convenio de Autorización y Solicitud de Transferencia Electrónica de Fondos en concepto de Reintegro de lo abonado por prestaciones dinerarias



Póliza N° _____

Razón Social _____

CUIT N° _____

Quien suscribe, _____, DNI N°, _____

En mi carácter de (CARGO), _____

Solicita la rescisión del Convenio suscripto oportunamente con **ASOCIART S.A. A.R.T.**, de Autorización y Solicitud de Transferencia Electrónica de Fondos en concepto de:

Reintegro de lo abonado en concepto de prestaciones dinerarias por incapacidad laboral temporaria realizado por cuenta y orden de esta Aseguradora de Riesgos del Trabajo (art. 8 Dec. 491/97) a los trabajadores damnificados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La presente Solicitud de Rescisión del Convenio de Autorización y Solicitud de Transferencia Electrónica de Fondos en Concepto de Reintegro de lo Abonado por Prestaciones Dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria, tendrá vigencia y aplicará a los pagos que por dicho concepto se efectúen desde la 0 (cero) hora del día primero del mes siguiente al de su recepción en Asociart S.A. ART.

Fecha a partir del cual se efectuará el pago en cheque "NO A LA ORDEN" a nombre del EMPLEADOR.

En _____, a los _____ días, del mes de _____ del año _____

Firma Empleador

Apellido y Nombre

DNI N°

Personería Invocada

Firma del representante de la ART

Apellido y Nombre

DNI N°

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBERÁ ADJUNTAR:

Personas Físicas:

Fotocopia del DNI del Titular Firmante

Personas Jurídicas:

Fotocopia del DNI del Personal Firmante

Fotocopia del poder que acredite la personería del Firmante (copia del Contrato Social o Estatuto o Acta de Asamblea o Acta de distribución de cargos).