

LA PLATA, ..... de .....de .....

Señor/a  
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
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
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Opción Cónyuge
- Seguro de Vida Colectivo Facultativo Opción Mayores
- Seguro de Gastos de Sepelio Colectivo
- Seguro de Accidentes Personales Colectivo Titular
- Seguro de Accidentes Personales Colectivo Opción Cónyuge
- Seguro Colectivo de Servicio de Sepelio

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Firma: