

**RESCISION DEL CONVENIO DE AUTORIZACION Y SOLICITUD DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA 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).