SOLICITUD DE BAJA EN SERVICIO MEDICO

Servicio Médico
ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE MADRID

Titular D./Dª.:
Nº de tarjeta o nº de colegiado:

SOLICITA BAJA DEL TITULAR: ☐ **SI** Nota: La baja del titular implica la baja de los beneficiarios.

☐ **NO**

SOLICITA BAJA DE LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	Nº TARJETA

Motivos de la baja	
Titular	**Beneficiarios**
☐ Fallecimiento	☐ Fallecimiento
☐ Baja en el Ejercicio	☐ Traslado
☐ Traslado	☐ Alta en Seguridad Social
☐ Alta en Seguridad Social	☐ Alta individual en aseguradora médica
☐ Alta individual en aseguradora médica	☐ Alta por empresa en aseguradora médica
☐ Alta por empresa en aseguradora médica	☐ Independencia económica / mayor 25 años
☐ Descontento con el Servicio Médico	☐ Alta como titular
☐ Alta como beneficiario	☐ Separación / divorcio
☐ Motivo sin especificar	☐ Motivo sin especificar
☐ Fin año exento cuotas (ejercientes)	☐ Alta como mayor de 25 años
Observaciones:	
Fecha solicitud:	**Firma titular :**
FECHA EFECTO BAJA:	