

Pieczęć firmy

_____, dnia _____
miejsowość data

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA

Ja, niżej podpisana/y _____
imię i nazwisko

oświadczam, iż od dnia _____ rezygnuję z Grupowego Pracowniczego Ubezpieczenia na życie
Data rezygnacji

w firmie _____ i proszę by od dnia _____

nie potrącano składek za ww. ubezpieczenie.

podpis Pracownika rezygnującego z ubezpieczenia