

.....
nazwisko i imię pracownika

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....

.....
adres zamieszkania

Piaseczno, dnia.....

.....
nazwa zakładu pracy

.....

ulica, numer

.....
kod pocztowy, miejscowość

Rezygnacja z grupowego ubezpieczenia

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż z dniem _____ rezygnuję z grupowego ubezpieczenia:

polisa nr _____ kwota _____

polisa nr _____ kwota _____

w związku z powyższym zwracam się z wnioskiem do Pracodawcy o zaprzestanie potrącania składek z mojego wynagrodzenia.

.....
czytelny podpis pracownika