Piaseczno, dnia

 nazwisko i imię pracownika

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 PESEL

……………………………………………………………

…………………………………………………………..

 adres zamieszkania

 nazwa zakładu pracy

 ulica, numer

kod pocztowy, miejscowość

**Rezygnacja z grupowego ubezpieczenia**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż z dniem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rezygnuję
z grupowego ubezpieczenia w PZU, w związku z powyższym zwracam się z wnioskiem do Pracodawcy o zaprzestanie potrącania składek z mojego wynagrodzenia.

 ……………………………………….

 czytelny podpis pracownika