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