

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
numer ID

Oświadczam iż, rezygnuję z ubezpieczenia:

☐ na życie w firmie

☐ odpowiedzialności cywilnej funkcjonariusza w firmie

Ostatnim dniem ochrony ma być....., proszę o nie potrącanie składek w przyszłości.

.....
data i podpis