
imię i nazwisko

PESEL

numer ID

Oświadczam iż, rezygnuję z ubezpieczenia:

☐ na życie w firmie _____

☐ odpowiedzialności cywilnej funkcjonariusza w firmie _____

Ostatnim dniem ubezpieczenia ma być _____. Proszę o nie potrącanie
składek za kolejne miesiące.

data i podpis