

.....  
*Imię i nazwisko pracownika*

.....  
*Miejscowość, data*

.....  
*Adres*

.....  
*Pesel*

## **OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

Niniejszym oświadczam, iż z ostatnim dniem bieżącego miesiąca rezygnuję z dalszego kontynuowania „Grupowego ubezpieczenia na życie” zawartego przez Zakład Pracy w którym jestem pracownikiem.

Jednocześnie, niniejsze oświadczenie oznacza również, natychmiastowe cofnięcie mojego upoważnienia dla Pracodawcy do potrącania dalszych składek z moich pensji na rzecz w/w ubezpieczenia.

*Podpis pracownika*