



REZYGNACJA Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Wypełniony druk należy przekazać Towarzystwu za pośrednictwem zakładu pracy, przesłać listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa

UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko	Data urodzenia
Nazwa Pracodawcy	Adres pracodawcy
Nr polisy	Nr potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż z dniem rezygnuję z obejmowania mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie potwierdzoną ww. polisą ubezpieczeniową.

PODPIS UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
-----------------	--------------------	--------

PODPIS OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA OBSŁUGĘ UBEZPIECZENIA U UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data	Podpis
-----------------	--------------------	--------



EHZ01010067601011