REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

(wypełnij, jeśli rezygnujesz z ochrony ubezpieczenia grupowego na życie)

Ubezpieczający: ZOELLER TECH Sp. z o.o.

Imię i Nazwisko .....

PESEL .....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Pracodawcę o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.

Niniejszym rezygnuję z możliwości przystąpienia do nowego programu ubezpieczenia grupowego na życie.

W przypadku zmiany decyzji poinformuję pracodawcę pisemnie oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do objęcia ubezpieczeniem.

.....

Data i czytelny podpis Pracownika