OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA – REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

_____	_____	_____
Imię i nazwisko Pracownika	PESEL	Oddział/Dział

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie dla Pracowników 10 Wojskowego szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy.

Z dniem 1 stycznia 2027 rezygnuję z grupowego ubezpieczenia w PZU Życie.

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

_____	_____
Podpis Pracownika	Data