............................................. .............................................

 (Imię i nazwisko) (Miejscowość, data)

.............................................

 (Numer ID)

.............................................

 (Jednostka organizacyjna)

**Wydział Finansów**

**KWP w Szczecinie**

**OŚWIADCZENIE – REZYGNACJA**

Oświadczam, że z dniem ..……………………..…………….. rezygnuję z niżej zaznaczonych ubezpieczeń dla funkcjonariuszy i pracowników Policji w ramach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ubezpieczyciel | grupowego ubezpieczenia na życie | opieki medycznej | majątkowego |
| PZU | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Allianz | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Warta | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Compensa | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| ERGO HESTIA | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| InterRisk | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Aviva | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| Razem pozycje: |  |

i proszę o zaprzestanie potrącania składek z mojego wynagrodzenia/uposażenia.

Zostałem/am poinformowany/a, iż rezygnacja nastąpi z końcem miesiąca, za który opłacono ostatnią należną składkę.

 …………………………………

(podpis)