

Rezygnacja / oświadczenie o wystąpieniu z grupowego ubezpieczenia na życie

PRACOWNIK – UBEZPIECZONY (IMIĘ I NAZWISKO)

PRACODAWCA – UBEZPIECZAJĄCY (NAZWA)

ADRES

UBEZPIECZYCIEL (NAZWA TOWARZYSTWA)

PESEL

NUMER POLISY GRUPOWEJ / DEKLARACJI

TELEFON / E-MAIL

DZIAŁ / OSOBA OBSŁUGUJĄCA UBEZPIECZENIE

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z ochrony w ramach grupowego ubezpieczenia na życie wskazanego powyżej i występuję z tego ubezpieczenia.

Proszę o zaprzestanie potrącania składki z mojego wynagrodzenia oraz o zakończenie ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem od dnia:

Proszę o pisemne potwierdzenie przyjęcia niniejszego oświadczenia oraz daty zakończenia ochrony.

.....
data.....
czytelny podpis pracownika (ubezpieczonego)

Wzór pomocniczy przygotowany przez wybierz-ubezpieczenie.pl. Materiał informacyjny, nie stanowi porady prawnej. Nie istnieje jeden obowiązkowy wzór rezygnacji; pismo jest skuteczne, jeśli zawiera wymagane dane i wpłynie w terminie. Termin zakończenia ochrony określa umowa grupowa i OWU. Stan prawny: lipiec 2026.