

Miejscowość _____, dnia

(Nazwisko i imię)

(Identyfikator funkcjonariusza / pracownika)

(Jednostka /Komenda Policji)

OŚWIADCZENIE REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA

W Towarzystwie Ubezpieczeniowym _____

Oświadczam że z dniem _____ **rezygnuje** z grupowego na życie dla funkcjonariuszy i pracowników Policji ulokowanego w Towarzystwie Ubezpieczeniowym _____

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

Zostałem/am poinformowany/a* ,iż rezygnacja nastąpi z końcem miesiąca, za który potrącono mi z wynagrodzenia ostatnią należną składkę.

_____ **2026**

(data i czytelny podpis funkcjonariusza/ pracownika* składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić