

.....  
Identyfikator

## OŚWIADCZENIE FUNKCJONARIUSZA

*Imię i Nazwisko* ..... *Nr PESEL*.....

Ja niżej podpisany oświadczam:

Rezygnuję z ubezpieczenia grupowego w PZU Życie S.A. z dniem .....

W związku z powyższym proszę o zaprzestanie potrącanie składki do PZU Życie S.A.

\_\_\_\_\_  
DATA I PODPIS FUNKCJONARIUSZA