

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany ubezpieczony
(imię i nazwisko)
w ubezpieczeniu grupowym PZU Policja 4.0 – Emeryt oświadczam, iż w przypadku braku wpłaty na
konto Zarządu Wojewódzkiego NSZZ Policjantów woj. świętokrzyskiego składki za niniejsze
ubezpieczenie do **20 dnia miesiąca poprzedzającego początek ochrony** oraz do **20 dnia miesiąca za
miesiąc następny** wyrażam zgodę na rezygnację z ubezpieczenia i skreślenie mnie z listy
ubezpieczonych.

.....
(czytelny podpis - imię i nazwisko)