

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y.....ubezpieczona/y
(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 skreślenia mnie z listy ubezpieczonych.

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