

.....  
(Imię i nazwisko, numer ID)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Numer ID)

.....  
(Jednostka organizacyjna)

**Wydział Finansów  
KWP w Rzeszowie**

**OŚWIADCZENIE – REZYGNACJA**

Oświadczam, że z dniem ..... rezygnuję z niżej zaznaczonych ubezpieczeń dla funkcjonariuszy i pracowników Policji w ramach:

Ubezpieczyciel	grupowego ubezpieczenia na życie	opieki medycznej	majątkowego
PZU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allianz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ERGO HESTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
InterRisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aviva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem pozycje:			

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

Zostałem/am poinformowany/a, iż rezygnacja nastąpi z końcem miesiąca, za który opłacono ostatnią należną składkę.

.....  
(podpis)