

UWAGA: Ten dokument wypełniamy tylko w przypadku:

- wystąpienia z ubezpieczenia Ubezpieczonego pozostającego w dalszym zatrudnieniu/powiązaniu u Ubezpieczającego,
- usunięcia z ubezpieczenia Współubezpieczonego (Małżonka, Partnera, Dziecka) gdy Ubezpieczony nadal pozostaje obejmowany ochroną ubezpieczeniową.

WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i Imię:

PESEL:

Dotyczy polisy numer:

Oświadczam, iż rezygnuję z ochrony ubezpieczeniowej.

Moim ostatnim dniem ochrony ma być dzień roku.
(należy wskazać ostatni dzień miesiąca, np. 31.05.2015)

W związku z rezygnacją cofam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składek ubezpieczeniowych za kolejne okresy.

.....
data i czytelny podpis

WYKREŚLENIE Z UBEZPIECZENIA WSPÓLUBEZPIECZONEGO (Małżonka, Partnera, Dziecka)

Nazwisko i Imię Pracownika:

PESEL Pracownika:

Dotyczy polisy numer:

Proszę o wykreślenie z ochrony ubezpieczeniowej mojego Współubezpieczonego:

Nazwisko i Imię Współubezpieczonego:

PESEL Współubezpieczonego:

Ostatnim dniem ochrony Współubezpieczonego ma być dzień roku.
(należy wskazać ostatni dzień miesiąca, np. 31.05.2015)

W związku z wykreśleniem Współubezpieczonego cofam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składek ubezpieczeniowych za kolejne okresy za Współubezpieczonego.

.....
data i czytelny podpis