**DEKLARACJA REZYGNACJI**

**DO UMOWY UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI MATERIALNEJ NUMER ……………**

**UBEZPIECZAJĄCY:**

**Miejskie Przedsiębiorstwo Komunikacyjne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą we Wrocławiu, ul. Bolesława Prusa 75-79, 50 – 316 Wrocław

**UBEZPIECZONY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Symbol komórki organizacyjnej** |  |
| **Numer ewidencyjny (pięciocyfrowy)** |  |

**OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO:**

Niniejszym oświadczam, że z dniem ……………………….. rezygnuję z ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracowników potwierdzonej Umową Ubezpieczenia Odpowiedzialności Materialnej nr ………………..

.

Wrocław, dnia ……………………… ………………………………………………………………… *czytelny podpis Ubezpieczonego*