

Formularz zmian

Numer polisy



I. DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Nazwa firmy

Pieczęć Ubezpieczającego

Forma organizacyjna

NIP

Adres siedziby firmy

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

II. WYSOKOŚĆ POPRZEDNIEJ OPŁACONEJ SKŁADKI

Data wymagalności poprzedniej składki (d-m-r)

Data wpłaty poprzedniej składki (d-m-r)

Wysokość poprzedniej składki

Liczba osób

III. WYSOKOŚĆ BIEŻĄCEJ SKŁADKI UWZGLĘDNIAJĄCEJ PONIŻSZE ZMIANY

Data wymagalności bieżącej składki (d-m-r)

Data wpłaty bieżącej składki (d-m-r)

Wysokość bieżącej składki

Liczba osób

IV. UCZESTNICY, DLA KTÓRYCH NASTĄPIŁY ZMIANY, LUB ZA KTÓRE ZOSTAŁA OPŁACONA PIERWSZA SKŁADKA

(1) osoby dołączające, (2) zmiana kategorii, (3) zmiana składki, (4) wznowienie opłacania składek, (5) zmiana nazwiska, (6) zmiana płatnika składki

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (d-m-r)	Kategoria	Składka		Powód (1, 2, 3, 4, 5, 6)	Data wpłaty nowej składki lub nowe nazwisko uczestnika
				pracownik	pracodawca		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

V. UCZESTNICY, ZA KTÓRYCH NIE ZOSTAŁA OPŁACONA SKŁADKA

(1) odejście z pracy, (2) rezygnacja, (3) zawieszenie, (4) zgon

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (d-m-r)	Powód (1, 2, 3, 4, 5, 6)	Data odejścia z pracy lub rezygnacji	Wysokość składki	Data zapłaty ostatniej składki
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

VI. UWAGI

Data wypełnienia formularza (d-m-r)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Za ubezpieczającego podpis osoby upoważnionej