

FORMULARZ ZMIAN

Numer polisy

I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy

Pieczęć ubezpieczającego

II. WYSOKOŚĆ POPRZEDNIEJ OPŁACONEJ SKŁADKI

Data wymagalności poprzedniej składki

Data wpłaty poprzedniej składki

Wysokość poprzedniej składki

III. WYSOKOŚĆ BIEŻĄCEJ SKŁADKI UWZGLĘDNIĄCEJ PONIŻSZE ZMIANY

Data wymagalności bieżącej składki

Data wpłaty bieżącej składki

Wysokość bieżącej składki

IV. UCZESTNICZY, 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

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Kategoria	Składka		Powód	Data wpłaty nowej składki lub nowe nazwisko uczestnika
				pracownik	pracodawca		
1							
2							
3							
4							
5							

V. UCZESTNICZY, ZA KTÓRYCH NIE ZOSTAŁA OPŁACONA SKŁADKA

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

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Kategoria	Składka		Powód	Data wpłaty nowej składki lub nowe nazwisko uczestnika
				pracownik	pracodawca		
1							
2							
3							
4							
5							

VI. UWAGI

data wypełnienia formularza

Za ubezpieczającego podpis osoby upoważnionej

