



## Wykaz Zmian

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>A</b>	<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 100px;"></div>	Nr polisy <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px;"></div>																																																																																																
		W przypadku nowych ubezpieczeń <b>nr wniosku</b>																																																																																																
	<b>Data wejścia zmian w życie</b>	Miesiąc	Rok																																																																																															
	01	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div>																																																																																															
	Miejscowość, data	<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 25px;"></div>																																																																																																
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania ubezpieczającego																																																																																																		
<b>B</b>	<b>Dane zbiorcze</b>	<b>Załączniki</b>																																																																																																
	1. Liczba Ubezpieczonych w poprzednim miesiącu <input type="text"/>	1. Deklaracja zgody na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie <input type="text"/>	szt.																																																																																															
2. Liczba osób przystępujących w danym miesiącu <input type="text"/>	2. Inne (opis) _____	<input type="text"/>	szt.																																																																																															
3. Liczba osób występujących w danym miesiącu <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	szt.																																																																																															
4. Liczba Ubezpieczonych razem (1 + 2 – 3) <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	szt.																																																																																															
5. Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego <input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																	
6. łączna składka do zapłaty (4 x 5) <input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																	
	<div style="border: 1px solid black; width: 800px; height: 20px;"></div>																																																																																																	
	słownie łączna składka do zapłaty																																																																																																	
<b>C</b>	<b>Lista osób</b>																																																																																																	
	<table border="1"><thead><tr><th>Lp.</th><th>Imię i nazwisko</th><th>Data urodzenia</th><th>Kod P-przystępujący W-występujący</th><th>Uwagi</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>7.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>8.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>13.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>14.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>15.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>16.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>17.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18.</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Kod P-przystępujący W-występujący	Uwagi	1.					2.					3.					4.					5.					6.					7.					8.					9.					10.					11.					12.					13.					14.					15.					16.					17.					18.						
Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Kod P-przystępujący W-występujący	Uwagi																																																																																														
1.																																																																																																		
2.																																																																																																		
3.																																																																																																		
4.																																																																																																		
5.																																																																																																		
6.																																																																																																		
7.																																																																																																		
8.																																																																																																		
9.																																																																																																		
10.																																																																																																		
11.																																																																																																		
12.																																																																																																		
13.																																																																																																		
14.																																																																																																		
15.																																																																																																		
16.																																																																																																		
17.																																																																																																		
18.																																																																																																		
<b>D</b>	Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczającego																																																																																																
	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 40px;"></div>																																																																																																