



Wykaz Zmian

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Nr polisy <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
		W przypadku nowych ubezpieczeń nr wniosku
		Data wejścia zmian w życie Miesiąc Rok
01	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
Miejscowość, data <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		

Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania ubezpieczającego

B	Dane zbiorcze	Załączniki		
	1. Liczba Ubezpieczonych w poprzednim miesiącu	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	1. Deklaracja zgody na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> szt.
	2. Liczba osób przystępujących w danym miesiącu	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	2. Inne (opis) _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> szt.
	3. Liczba osób występujących w danym miesiącu	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> szt.
	4. Liczba Ubezpieczonych razem (1 + 2 – 3)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div>	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> szt.
	5. Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	_____	
6. łączna składka do zapłaty (4 x 5)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	_____		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>				
słownie łączna składka do zapłaty				

C	Lista osób				
	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.					

D	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
	Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczającego