

Raport stanu osobowego do ubezpieczenia zdrowotnego (przystąpienie, wystąpienie, zmiana)

Numer wniosku

Numer polisy

Raport obowiązuje od (m-r)

- P – Przystępuje
- W – Występuje
- Z – Zmiana podgrupy (w przypadku zmiany zakresu, wariantu, formy ubezpieczenia)
- Pr – Pracownik
- Rp – Rodzina pracownika

Nazwa lub pieczęćka Ubezpieczającego

Lp.	Pr	Rp	Nazwisko i imię (drukowanymi literami) w kolejności: Pr – pracownik, Rp – rodzina pracownika (prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola)	P, W, Z	Nr grupy zgodnie z polisą
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lp.	Nr grupy (wpisz nr grupy zgodnie z polisą lub ofertą)											
1.	Ilość osób/Pakietów w danej grupie w poprzednim miesiącu											
2.	Ilość osób/Pakietów przystępujących											
3.	Ilość osób/Pakietów występujących											
4.	Ilość osób/Pakietów w danej grupie po zmianach (1+2-3)											
5.	Miesięczna składka dla danej grupy											
6.	Całkowita składka po zmianach w podgrupie (4*5)											

Łączna składka w miesiącu obowiązywania raportu wynosi zł łączna liczba stron raportu:



Miejscowość

Data

Czytelny podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

Data

Czytelny podpis agenta/brokera