

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa zakładu pracy

Imię i nazwisko pracownika

Data zatrudnienia pracownika

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego

Data przekazania ostatniej składki za ubezpieczonego

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem

D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

D | D | - | M | M | - | R | R | R | R |

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy