

UBEZPIECZENIE GRUPOWE

ROZLICZENIE SKŁADEK

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

POLISA NR: _____

Raport za miesiąc rozliczeniowy: _____ roku: _____ _____ pieczęć zakładu pracy

Suma ubezpieczenia (aktualna/po ostatniej indeksacji): _____

Imię i nazwisko Pośrednika: _____

ID Pośrednika: _____ Nr telefonu: _____ E-mail: _____

STAN NA KONIEC OKRESU ROZLICZENIOWEGO

Ogólna liczba Ubezpieczonych (w poprzednim miesiącu): _____

A. Ogólna liczba Ubezpieczonych (wg aktualnej liczby Deklaracji zgody): _____

B. Liczba Ubezpieczonych, którzy opłacili składkę: _____

C. Liczba osób, które przystąpiły do ubezpieczenia w miesiącu rozliczeniowym i opłaciły składkę: _____

D. Liczba osób, które opuściły grupę w miesiącu rozliczeniowym: _____

E. Wysokość składki za jednego Ubezpieczonego: _____

F. Suma składek bieżących opłaconych w miesiącu rozliczeniowym: _____

G. Suma składek zaległych opłaconych w miesiącu rozliczeniowym: _____

H. Suma składek na poczet przyszłych okresów opłaconych w miesiącu rozliczeniowym: _____

I. Łączna suma opłaconych składek w miesiącu rozliczeniowym (F+G+H): _____

słownie: _____

Numer konta bankowego POLISY:

Data przekazania kwoty na konto Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

DD - MM - RRRR

WYKAZ IMIENNY OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA

L.p.	NAZWISKO I IMIĘ (wypełnić drukowanymi literami)	PESEL	POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI
1.			01.
2.			01.
3.			01.
4.			01.
5.			01.
6.			01.

DD - MM - RRRR

Data _____ podpis Pośrednika _____ podpis przedstawiciela Zakładu Pracy _____

WYKAZ IMIENNY OSÓB WYSTĘPUJĄCYCH Z UBEZPIECZENIA

L.p.	NAZWISKO I IMIĘ (wypełnić drukowanymi literami)	PESEL	POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI
1.			01.
2.			01.
3.			01.
4.			01.
5.			01.

WYKAZ IMIENNY OSÓB ZALEGAJĄCYCH Z OPŁATĄ SKŁADKI (dotyczy wyłącznie umów SUPER GRUPA)

L.p.	NAZWISKO I IMIĘ (wypełnić drukowanymi literami)	PESEL	POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI
1.			01.
2.			01.
3.			01.
4.			01.
5.			01.

WYKAZ IMIENNY OSÓB REGULUJĄCYCH ZALEGŁE SKŁADKI (dotyczy wyłącznie umów SUPER GRUPA)

L.p.	NAZWISKO I IMIĘ (wypełnić drukowanymi literami)	PESEL	POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI
1.			01.
2.			01.
3.			01.
4.			01.
5.			01.

WYKAZ IMIENNY OSÓB NADPŁACAJĄCYCH SKŁADKI NA POCZET PRZYSZŁYCH OKRESÓW ROZLICZENIOWYCH

L.p.	NAZWISKO I IMIĘ (wypełnić drukowanymi literami)	PESEL	POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI
1.			01.
2.			01.
3.			01.
4.			01.
5.			01.

DD - MM - RRRR

Data

podpis Pośrednika

podpis przedstawiciela Zakładu Pracy