

**RAPORT DOTYCZĄCY UBEZPIECZONYCH
W RAMACH UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE NORDEA PARTNER**

Numer Umowy Generalnej

Za okres:

od -- do --

.....
Pieczęć Ubezpieczającego (zakładu pracy)

1. DANE OSOBY OBSŁUGUJĄCEJ UMOWĘ UBEZPIECZANIA

Imię

Nazwisko

Numer telefonu * 0
numer kierunkowy miejscowości

Numer faksu* 0
numer kierunkowy miejscowości

Numer komórki 0* E-mail*

2. AKTUALNY STAN UMOWY UBEZPIECZENIA

Liczba Ubezpieczonych na początku okresu rozliczeniowego		<input type="text"/>
Liczba nowych Ubezpieczonych przystępujących w bieżącym okresie rozliczeniowym		<input type="text"/>
Liczba osób, które wystąpiły z ubezpieczenia z początkiem okresu rozliczeniowego		<input type="text"/>
Liczba Ubezpieczonych na koniec bieżącego okresu rozliczeniowego		<input type="text"/>
Łączna kwota Składki Ubezpieceniowej w PLN, w bieżącym okresie rozliczeniowym	należnej	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
	wpłaconej	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
Terminy i kwoty wpłat Składki Ubezpieceniowej, wg daty realizacji przelewu:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
RAZEM PLN		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PLN
Uwagi		

3. WYKAZ NOWYCH UBEZPIECZONYCH

Prosimy podać dane osób, które przystąpiły do Umowy Ubezpieczenia z początkiem okresu rozliczeniowego.

Lp	Imię	Nazwisko	PESEL	Deklaracja**)	
				JEST	BRAK
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

4. WYKAZ UBEZPIECZONYCH REZYGNUJĄCYCH Z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

Prosimy podać dane osób, które wystąpiły z Umowy Ubezpieczenia z początkiem okresu rozliczeniowego.

Lp	Imię	Nazwisko	PESEL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

5. WYKAZ OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSK O INDYWIDUALNĄ KONTYNUACJĘ UMOWY UBEZPIECZENIA

Prosimy podać dane osób, które złożyły wniosek o indywidualną kontynuację ubezpieczenia najpóźniej z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego.

Lp	Imię	Nazwisko	PESEL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

.....
Miejscowość

DD-MM-RRRR

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby obsługującej

*) - pola, których wypełnienie jest dobrowolne

**) - prosimy wstawić X w odpowiedniej kolumnie