

Έντυπο Προσλήψεων / Αποχωρήσεων Μελών

στο υπ' αριθμό GP-000..... Ομαδικό Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο

(*) Το παρόν επισυνάπτεται στις αντίστοιχες αιτήσεις εντάξεων μελών.

Α. Στοιχεία πρόσληψης για ασφάλιση υπαλλήλων						
	Όνοματεπώνυμο υπαλλήλου	Ημερομηνία πρόσληψης	Αριθμός κοινωνικών ασφαλίσεων	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός ταυτότητας / διαβατηρίου	Μηνιαίος μισθός €
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Β. Στοιχεία για την ασφάλιση εξαρτωμένων μελών				
	Όνοματεπώνυμο υπαλλήλου	Όνοματεπώνυμο εξαρτώμενου μέλους	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός ταυτότητας / διαβατηρίου
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Γ. Αποχωρήσεις ασφαλιζομένων μελών				
	Όνοματεπώνυμο μέλους	Ημερομηνία αποχώρησης	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός ταυτότητας / διαβατηρίου
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Σημείωση: 1. Κάθε αλλαγή πρέπει να γνωστοποιείται στην Εταιρεία αμέσως.

2. Η κάλυψη νέων ατόμων που εισέρχονται στο Σχέδιο αρχίζει αφού γίνουν αποδεκτοί για ασφάλιση από την Εταιρεία.

Ημερομηνία:/...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα Συμβαλλομένου:

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

Βεβαιώνουμε ότι η πιο πάνω γνωστοποίηση λήφθηκε την/...../.....

.....
Για CNP Cyprialife Ltd