

III. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UBEZPIEC

WYNAGRODZENIE ZA CZAS ABSENCJI CHOROBOWEJ

02. Kod świadczenia / przerwy 3.16

04. D_0 (dd / mm)

Okres **0102 1502**

05. Liczba dni
zasilkowych / liczba wypłat **15**

06. Kod choroby /

07. Kwota 32000

IV. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identifikator

WYNAGRODZENIE ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY

02. Kod świadczenia / przerwy 335

03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

Okres 0104 3004

05. Liczba dni
zasifikowych / liczba wypłat **30**

06. Kod choroby /

07. Kwota 35000

V. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

02. Imię pierwsze

03. Typ¹⁾ 04. Identyfikator

WYNAGRODZENIE ZA CZAS ABSENCJI CHOROBY

02. Kod świadczenia / przerwy **316**

03. Od (dd / mm) 04. Do (dd / mm)

04. Do (dd / mm)

Okres 0102 1502

05. Liczba dni
zaśilkowych / liczba wypłat **15**

06. Kod choroby /

07. Kwota **12000**

VI. A. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ

01. Nazwisko

TV, DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ

**V. DANE DOTYCZĄCE
OSOBY UBEZPIECZONEJ**

[illegible]