CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE CONSTANȚA

SOLICITARE DE RETRAGERE
A DECLARAŢIEI DE ASIGURARE PENTRU CONCEDII ŞI INDEMNIZAŢII

Nr. |_|_|_|_|_|_|_| Din ziua |_|_|, Luna |_|_|, Anul |_|_|_|_|

Subsemnatul: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Telefon : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Act de identitate: Seria |_|_|_| nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|

Domiciliat în localitatea: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Strada: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nr. |_|_|_|_| Bloc |_|_|_|_| Scara |_|_|_| Etaj |_|_| Apart. |_|_|_|_|

Judeţ/Sector: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Telefon: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Asigurat cu declaraţia de asigurare nr:

Din ziua |_|_|, Luna |_|_|, Anul |_|_|_|_|

Solicit retragerea declaraţiei de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii începând cu data de:

ZI |_|_| LUNĂ |_|_| AN |_|_|_|_|.

Data _____ Semnătură asigurat _____