ANEXA 5
---

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

COMUNICARE DE MODIFICARE
a declaratiei de asigurare pentru concedii si indemnizatii

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

Pentru asiguratul:

Nume si prenume: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Incepand cu data de: Zi |_|_|, Luna |_|_|, An |_|_|_|_|

In declaratia de asigurare

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

Au survenit urmatoarele modificari:

| |
|---|
| ---------- |
| ---------- |
| ---------- |
| ---------- |
| ---------- |

Aceasta comunicare de modificare a fost completata in 2 exemplare in prezenta mea ..... Avand functia de .....
In cadrul Casei de asigurari de sanatate .....

Semnatura asigurat, Semnatura asigurator,