ANEXA 5*)
la norme

*) Anexa nr. 5 este reprodusă în facsimil.

CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRAHOVA

COMUNICARE DE MODIFICARE
a declaraţiei de asigurare pentru concedii şi indemnizaţii

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

Pentru asiguratul: Telefon : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nume şi prenume: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Începând cu data de: Zi |_|_|, Lună |_|_|, An |_|_|_|_|

În declaraţia de asigurare

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

Au survenit următoarele modificări:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Această comunicare de modificare a fost completată în 2 exemplare în prezenţa mea _____ având funcţia de _____ în cadrul Casei de Asigurări de Sănătate Prahova.

Semnătură asigurat, Semnătură asigurător,