

ACT ADIȚIONAL

Nr. ____ din ziua ____ luna ____ anul ____

Pentru asiguratul:

Nume și prenume: _____

Cod Personal de Asigurări Sociale (CNP) _____

Începând cu data de: ziua ____ luna ____ anul ____

În contractul de asigurare socială nr. _____ din data de ziua ____ luna ____ anul ____

au survenit următoarele modificări din inițiativa

Subsemnatele părți, declarăm că înainte de semnarea actului adițional, am citit personal cuprinsul acestuia, constatând că actul corespunde voinței și condițiilor stabilite de noi de comun acord, drept pentru care semnăm mai jos, azi _____.

Prezentul act adițional s-a încheiat în 2 (două) exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

Semnătură asigurat,

Semnătură reprezentant CPBRR,
