ANEXA 13

la normele metodologice

Către

CASA TERITORIALĂ DE PENSII…DAMBOVITA….

**Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale**

────────────────────────────────────────────────────────────────────

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

CUI: Nr. înreg. Reg. Comerţului: CNP angajator:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Durata contractului individual de muncă: nedeterminată |\_|/determinată |\_|

──────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

2. Date privind solicitantul: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(se completează de către solicitant)

a. Numele şi prenumele: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codul numeric personal: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Document de identitate: Seria |\_|\_|\_| Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Valabil până la data de: zi |\_|\_| luna |\_|\_| an |\_|\_|\_|\_|

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

Strada: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Nr. |\_|\_|\_|\_|

Bloc |\_|\_|\_|\_| Scara |\_|\_| Etaj |\_|\_| Apart. |\_|\_|\_|\_|

Sector/Judeţ:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

──────────────────────────────────────────────────────────────────────

b. Calitatea solicitantului:

|\_| angajat: |\_| funcţionar public;

|\_| persoana asigurată cu contract individual |\_| ucenic, elev sau student;

de asigurare;

|\_| şomer |\_| alte persoane

|\_| membru de familie;

─────────────────────────────────────────────────────────────────────

c. Prestaţia solicitată:

1. |\_| Indemnizaţie:

1.a. |\_| pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;

1.b. |\_| pentru reducerea timpului de muncă;

1.c. |\_| pe durata cursurilor de calificare şi de reconversie profesională;

1.d. |\_| pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ziua |\_|\_| Luna |\_|\_| Anul |\_|\_|\_|\_|

2. |\_| Compensaţie pentru atingerea integrităţii;

3. |\_| Despăgubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces: Seria |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(original şi copie) Data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Numele şi prenumele decedatului:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Codul numeric personal al decedatului: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Categorie asigurat: |\_| salariat |\_| independent

Înscrierea eronată a datelor, se sancţionează potrivit legii.

Data Semnătura solicitantului

……………………………………… …………………………………………………………..

Semnătura şi ştampila Angajatorului

.................................

Semnătura şi ştampila Instituţiei care administrează bugetul Fondului Pentru plata ajutorului de şomaj

.................................

***Datele solicitate in prezentul formular ne sunt necesare pentru solutionarea cererii***

***Durata de completare a formularului aprox. 20 minute***