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***