

Către,
CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII BOTOȘANI

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

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator: _____
CUI: _____, Nr. înreg. Reg. Comerțului _____, CNP angajator _____
Durata contractului individual de muncă: nedeterminată [] / determinată []

2. Date privind solicitantul (se completează de către solicitant):

a. Numele și 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/Județ: _____

b. Calitatea solicitantului:

[] angajat; [] funcționar public;
[] persoană asigurată cu contract individual de asigurare; [] ucenic, elev sau student;
[] șomer [] alte persoane;
[] membru de familie;

c. Prestația solicitată:

1. [] Indemnizație:
1.a. [] pentru trecerea temporară în alt loc de muncă;
1.b. [] pentru reducerea timpului de muncă;
1.c. [] pe durata cursurilor de calificare și de reconversie profesională;
1.d. [] pentru incapacitate temporară de muncă.

Acte necesare:

Certificat de concediu medical Seria _____ Nr. _____
Ziua _____ Luna _____ Anul _____

2. [] Compensație pentru atingerea integrității;
3. [] Despăgubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces Seria _____ Nr. _____
(original și copie) Data: _____ / _____ / _____

Numele și prenumele decedatului : _____
CNP-ul decedatului: _____

Înscrierea eronată a datelor, se sancționează potrivit legii.

Data

Semnătura solicitantului

Semnătura și ștampila angajatorului

Semnătura și ștampila

Instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj
