

Către,

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII A JUD.

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 _____

Ap. _____ Sector/Județ: _____

b. Calitatea solicitantului:

angajat;

funcționar public;

persoana 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 _____

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