

Către,
CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII ALBA

Cerere-tip privind solicitarea drepturilor de asigurari pentru accidente de munca si boli profesionale

1. Date privind angajatorul:

Denumire angajator: _____
CUI: _____, Nr. înreg. Reg. Comertului _____, CNP angajator _____
Durata contractului individual de munca: nedeterminata [] / determinata []

2. Date privind solicitantul (se completeaza de catre solicitant):

a. Numele si prenumele: _____
Codul numeric personal : _____
Document de identitate: Seria _____ Nr. _____
Valabil pâna la data de: zi _____ luna _____ an _____
Domiciliat în localitatea: _____
Strada: _____ nr. _____
Bloc _____ Scara _____ Etaj _____ Apart. _____
Sector/Judet: _____

b. Calitatea solicitantului:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> angajat; | <input type="checkbox"/> functionar public; |
| <input type="checkbox"/> persoana asigurata cu contract individual de asigurare; | <input type="checkbox"/> ucenic, elev sau student; |
| <input type="checkbox"/> somer | <input type="checkbox"/> alte persoane; |
| <input type="checkbox"/> membru de familie; | |

c. Prestatia solicitata:

1. Indemnizatie:
1.a. pentru trecerea temporara în alt loc de munca;
1.b. pentru reducerea timpului de munca;
1.c. pe durata cursurilor de calificare si de reconversie profesionala;
1.d. pentru incapacitate temporara de munca.

Acte necesare:

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

2. Compensatie pentru atingerea integritatii;
3. Despagubire în caz de deces;

Acte necesare:

Certificat de deces Seria _____ Nr. _____
(original si copie) Data: _____/_____/_____
Numele si prenumele decedatului : _____
CNP-ul decedatului: _____

Înscrierea eronata a datelor, se sancționează potrivit legii.

Data

Semnatura solicitantului

Semnatura și ștampila angajatorului

Semnatura și ștampila
Instituției care administrează bugetul Fondului pentru plata ajutorului de șomaj