ANEXA 13
la normele metodologice

Către
CASA TERITORIALĂ DE PENSII

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 de asigurare; |_| ucenic, elev sau student;

|_| 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
....