

Către,
CASA JUDETEANA DE PENSII IASI

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: _____

Cod 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 _____ / _____ / _____

Înscrierea eronată a datelor, se sancționează, potrivit legii.

Data

Semnătura solicitantului

Semnătura și ștampila angajatorului
