

Angajator: _____

Sediu: _____

CUI: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Nr. de ieșire: _____

Către: CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII BOTOȘANI

Prin prezenta se adevărește că dna/dl....., CNP....., la data de (*data decesului*), avea calitatea de asigurat în sistemul public de pensii, în sensul art.3, alin. (1), lit.a¹ din Legea nr. 263/2010 și nici nu a beneficiat de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă în urma unui accident de muncă sau a unei boli profesionale potrivit prevederilor Legii nr. 346/2002.

Reprezentant legal,

.....

¹ **asigurat**-persoana fizică pentru care angajatorul/entitatea asimilată angajatorului este obligat/ă **să rețină și să plătească** contribuția de asigurări sociale, persoana fizică care realizează venituri din activități independente sau drepturi de proprietate intelectuală și care, pe baza declarației individuale de asigurare, datorează contribuția de asigurări sociale, potrivit prevederilor Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoana fizică ce achită contribuția de asigurări sociale pe baza contractului de asigurare socială, potrivit legii;