

Către,

**CASA TERITORIALĂ DE PENSII BOTOȘANI**

**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

\_\_\_\_\_