

Cerere tip privind solicitarea drepturilor de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale

CATRE

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII ARAD

1. Date privind angajatorul (se completează de către angajator):

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 _____ str. _____

nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____ apart. _____ sector/județ _____

b. Calitatea solicitantului:

 angajat funcționar public persoană asigurată cu contract individual de asigurare ucenic, elev, student somer 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 profesională1.d pentru incapacitate temporară de muncă

Acte necesare :

- certificat de concediu medical seria _____ nr. _____ Data ___ / ___ / _____

2. I I Compensație pentru atingerea integrității

3. I I Despăgubire în caz de deces :

Acte necesare (*original si copie*):

Certificat de deces: Seria _____ nr. _____ Data ___ / ___ / _____

Numele si prenumele decedatului _____

Codul numeric personal al decedatului | | | | | | | | | | | | | | | |

Înscrierea eronată a datelor se sancționează potrivit legii.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal conform Regulamentului nr.679/27 aprilie 2016 adoptat de Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene.

Data _____

Semnătura solicitantului

Semnătura și stampila angajatorului _____

Semnătura și ștampila instituției care administrează bugetul

Fondului pentru plata ajutorului de șomaj _____