

Cerere pentru acordare:

Nr. _____
Data _____

PENSIE DE URMAȘ
INDEMNIZATIE URMAȘ
AJUTOR URMAȘ 6 luni

DOMNULE PRESEDINTE,

Subsemnatul(a) _____, în calitate de soț/supraviețuitor/fiu/fiica/tutore (se încercuiește categoria), cu CNP _____, domiciliat(ă) în localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____ județul(sector) _____, telefon _____ posesor act identitate seria _____ nr. _____, eliberat de _____ la data de _____ născut la data de _____ în localitatea / județul _____ fiul(fiica) lui _____ și al _____ solicit înscrierea la **pensie de urmaș** după decesul decedat(ă) la data de _____ în calitate de asigurat / pensionar având codul personal de asigurări sociale _____ / talon pensie nr. _____ pentru:

1. _____
2. _____
3. _____

În acest scop depun următoarele acte:

1. Acte identitate / stare civilă:

- Copie după actul de identitate, conformat cu originalul de către filială;
- Copie acte stare civilă¹, conformat cu originalul de către filială;
- Copie certificat naștere, conformat cu originalul de către filială;

2. Acte pentru perioade asimilate stagiului:¹

- Adeverință privind perioadele asimilate luate în calcul în sistemul public, eliberată de casa de pensii din sistemul public
- Adeverință (original) certificare perioadă de studii învățământ superior nr. _____ din _____, din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, forma de învățământ (cursuri zi / fără frecvență) precum și certificarea absolvirii acestora, în original – a susținătorului decedat;
-
-

3. Dovada de cotizare în alte sisteme¹:

- Carnet de muncă seria _____ nr. _____ original și copie sau adeverința nr. _____ pentru perioadele de cotizare în alte sisteme, după caz - a susținătorului decedat
- Adeverință privind perioadele valorificate la calculul pensiei din alte sisteme de pensii obligatorii, eliberată de casa de pensii din sistemul public – pentru situația în care susținătorul decedat avea calitatea de pensionar din alte sisteme de pensii (original)
-
-

4. Alte acte:

- Livret militar seria _____ nr. _____ original și copie, dacă este cazul – a susținătorului decedat;
- Dovada încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă și cuantumul acesteia
- Decizia de încadrare în grad de invaliditate, emisă de medicul expert al asigurărilor sociale - original
- Adeverință privind perioadele valorificate în sisteme de pensii obligatorii, eliberată de casa de pensii - original.
- Certificatul de deces (copie conformat cu originalul)
- Adeverință de studii - elev sau student (original)
- Decizie de pensie, talon de plata a pensiei al soțului supraviețuitor – în cazul în care a realizat stagiul de cotizare în sisteme de pensii obligatorii (original și copie)
- Decizia medicală asupra capacității de muncă (original);

DECLARAȚIE - vezi verso

Optez pentru următoarele perioade asimilate:

(se completează toate căsuțele cu **DA / NU**)

- cursuri de zi ale învățământului universitar
- serviciul militar

DOMNULUI PRESEDINTE AL FILIALEI _____ A CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR

¹ Dacă este cazul

DECLARATIE

(verso)

Declar pe proprie răspundere sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal referitoare la falsul în înscrisuri oficiale că:

(se completează toate căsuțele cu DA / NU)

- | | |
|--|--------------------------|
| - am săvârșit infracțiunea de omor sau tentativă de omor asupra susținătorului decedat | <input type="checkbox"/> |
| - sunt asigurat(ă) | <input type="checkbox"/> |
| - primesc o altă pensie sau ajutor social | <input type="checkbox"/> |
| - primesc indemnizație | <input type="checkbox"/> |
| - primesc indemnizație de șomaj, alocația de sprijin | <input type="checkbox"/> |
| - primesc indemnizație de handicapat | <input type="checkbox"/> |
| - primesc indemnizație DL 118/1990 | <input type="checkbox"/> |
| - s-a desfăcut căsătoria cu susținătorul decedat | <input type="checkbox"/> |
| - după decesul susținătorului m-am recăsătorit | <input type="checkbox"/> |

Mă oblig ca la împlinirea vârstei de 16 ani și la începerea fiecărui an școlar sau universitar să prezint în termen de 15 zile, la Casa de Asigurări a Avocaților, dovada continuării studiilor (în cazul copiilor urmași).

Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, Casa de Asigurări a Avocaților orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus. În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată prin prezenta, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal, suportând rigorile legii.

Am completat și am citit cu atenție conținutul declarației de mai sus, după care am semnat.

DATA _____

Semnătura,