

<b>Se completează de către Casa de Pensii</b>	
Nr. intrare .....	din .....
DOSAR nr. ....	

## CERERE privind acordarea pensiei de invaliditate

**Către Casa de Pensii a Bisericii Reformate din România**

### I. Datele solicitantului

Subsemnatul ..... având CNP .....  
domiciliat(ă) în localitatea ..... strada .....  
*cod poștal* ..... nr. .... bloc/scara ..... etaj .....  
apart. .... județul ..... act identitate ..... seria ..... nr. ....  
eliberat de ..... la data de ..... valabil până la ..... născut(ă) la data .....  
în localitatea ..... solicit înscrierea la pensie de invaliditate.

### Schimbare de domiciliu la data pensionării - completați numai în cazul schimbării de domiciliu

Localitatea ..... strada .....  
*cod poștal* ..... nr. .... bloc/scara ..... etaj .....  
apart. .... județul .....

Gradul de invaliditate: ..... **Se anexează obligatoriu Decizia asupra capacității de muncă!**

### II. Date necesare pentru plata pensiei

- se selectează una dintre cele 2 variante: bancă sau poștă

**În CONT BANCAR IBAN** .....

*În cazul în care nu sunteți titularul contului bancar, vă rugăm să completați următoarea împuternicire/declarație*

Prin prezenta declar pe propria răspundere, că sunt de acord ca pensia lunară și celelalte drepturi de asigurări sociale să fie virate de către CPBRR în contul menționat mai sus, pe numele lui

.....  
având CNP .....

**Mă oblig, ca în cazul oricăror modificări ce vor surveni privind prezenta împuternicire,  
voi anunța CPBRR în termen de 5 zile.**

**Prin POȘTĂ, la domiciliul menționat anterior la pct. I.**

### În acest scop depun următoarele:

- carnetul de muncă ..... seria ..... nr. .... în original și copie
- buletin/carte identitate ..... seria ..... nr. .... în copie
- certificat de naștere ..... seria ..... nr. .... în copie
- certificat de căsătorie ..... seria ..... nr. .... în copie
- adeverință de certificare a perioadelor de studii învățământ superior - nr. .... din .....
- adeverință de certificare a stagiului de cotizare din alt sistem de pensii
- decizia de pensionare (incl. Anexa) din alt sistem de pensii, în copie
- extras din registrul general de evidență a salariaților (Revisal-raport salariat)
- livret militar ..... seria ..... nr. .... în copie
- decizia asupra capacității de muncă în cazul pensiei de invaliditate
- certificat de deces ..... în cazul pensiei de urmaș și/sau solicitării ajutorului de deces
- certificat de naștere a copiilor în cazul pensiei de urmaș sau reducere vârstă standard la femei
- adeverință cont bancar emis de bancă sau copie extras de cont
- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate

**Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal pentru declarații false, că:**

- \* raporturile de muncă **încetează/nu încetează** la data pensionării
- \* **am realizat/nu am realizat** stagiul de cotizare în alte țări ai Uniunii Europene
- \* **am realizat/nu am realizat** stagiul de cotizare în sistemul public de pensii
- \* **am realizat/nu am realizat** stagiul de cotizare în alt sistem neintegrat sistemului public de pensii
- \* **primesc/nu primesc** o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. ....
- \* **primesc/nu primesc** pensie din sistemul public de pensii - dosar nr. ....
- \* **primesc/nu primesc** pensie din alt sistem neintegrat sistemului public de pensii
- \* **primesc/nu primesc** indemnizație de șomaj
- \* **primesc/nu primesc** indemnizație acordată persoanelor cu handicap

**Date de contact:** Nr. telefon: ..... email: .....

**Starea civilă:**  căsătorit(ă)  necăsătorit(ă)  văduv(ă)  divorțat(ă)

Ultimul loc de muncă în cadrul bisericii: .....

Ocupația: .....

Îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal. Sunt informat, că aceste date vor fi tratate confidențial de către CPBRR, conform legislației în materie.

**Îmi exprim/Nu îmi exprim acordul** cu privire la publicarea datelor mele în cadrul Bisericii Reformate cum ar fi: nume, prenume, domiciliu, adresă electronică, nr. de telefon.

Mă oblig a anunța CPBRR despre orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus, în termen de 15 zile.

În cazul în care nu îmi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, mă oblig să restitui integral sumele încasate nelegal/necuvenit, suportând rigorile legii.

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

*Alte mențiuni al solicitantului*

Data solicitării .....

Semnătura asiguratului .....

---

***Date de identificare angajator - instituția care transmite cererea***

Denumirea instituției - *Protopopiat, Eparhie, altă instituție din cadrul bisericii*

.....

Nr. înreg. ....

Semnătura și ștampila .....