

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

## CERERE privind acordarea pensiei de urmaș

**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 ..... în calitate de .....

solicitez înscrierea la pensie de urmaș pentru titularii:

	Nume și prenume	Calitatea (soț supraviețuitor/fiu/fică)
1	.....	.....
2	.....	.....
3	.....	.....
4	.....	.....
5	.....	.....

Aveți în întreținere copii sub vârsta de 7 ani?  Da  Nu Numărul copiilor .....

Aveți în întreținere copii între vârsta de 7-16 ani?  Da  Nu Numărul copiilor .....

Aveți în întreținere copii între vârsta de 16-26 ani?  Da  Nu Numărul copiilor .....

**În cazul în care solicitați pensie de urmaș pentru copii, vă rugăm să completați Anexele U\_7, respectiv U\_26.**

Sunteți încadrat într-un grad de invaliditate?  Da  Nu

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

### II. Datele susținătorului decedat

Nume și prenume: .....

Cod numeric personal: .....

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

Ocupația: .....

Data decesului: .....

Cauza decesului:  moarte naturală  accident de muncă  boală profesională

*În cazul accidentelor de muncă sau bolilor profesionale se anexează obligatoriu documentele emise de către autoritățile competente!*

Susținătorul decedat a avut raporturi de muncă la data decesului?  Da  Nu

### III. 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 acte privind susținătorul decedat:**

- carnetul de muncă seria ..... nr. .... în original și 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 invalidității*
- certificat de deces *în cazul pensiei de urmaș și/sau solicitării ajutorului de deces*
- act doveditor, din care să reiasă cauza decesului
- FIAM, pentru decesul cauzat de accident de muncă, în copie
- BP2 și certificat medical constatator, pentru decesul cauzat de boală profesională, în copie
- alte acte pentru dovedirea perioadelor de activitate și a veniturilor realizate

***Din actele specificate mai sus se depun numai cele care se potrivesc situației dvs.***

**Depun următoarele acte personale**

- certificat de naștere seria ..... nr. .... în copie
- buletin/carte identitate seria ..... nr. .... în copie
- certificat de naștere și, după caz, cartea de identitate a copiilor - în copie
- adeverință emisă de către instituția de învățământ pentru copiii peste 16 ani
- adeverință cont bancar emis de bancă sau copie extras de cont

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

- susținătorul decedat **a realizat/nu a realizat** stagiul de cotizare în alt sistem de pensii

- \* **primesc/nu primesc** o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. ....
- \* **primesc/nu primesc** indemnizație de șomaj
- \* **realizez/nu realizez** venituri lunare mai mari de 35% din câștigul salarial mediu brut

- nu am săvârșit infracțiunea de omor asupra susținătorului decedat

- nu sunt asigurat

- nu s-a desfășurat căsătoria cu susținătorul decedat

- după decesul susținătorului nu m-am recăsătorit

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

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, ca la împlinirea vârstei de 16 ani și la începerea fiecărui an școlar/universitar să prezint, în termen de 10 zile, casei de pensii dovada continuării studiilor (în cazul copiilor urmași). Mă oblig a anunța, în termen de 15 zile, CPBRR despre orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus.

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 - denumirea instituției din cadrul bisericii, care transmite cererea***

Nr. înreg. ....

Semnătura și ștampila .....