

Se completează de către Casa de Pensii	
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
 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
 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**
 Se anexează obligatoriu adeverința contului emisă de bancă sau copie extras de cont!

☐ **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:

- | | | |
|---|--------|--------|
| a) raporturile de muncă încetează la data pensionării | DA [] | NU [] |
| b) am realizat stagiul de cotizare în alte țări ai Uniunii Europene | DA [] | NU [] |
| c) am realizat stagiul de cotizare în sistemul public de pensii din România | DA [] | NU [] |
| d) am realizat stagiul de cotizare în alt sistem neintegrat sistemului public | DA [] | NU [] |
| e) primesc o altă pensie sau ajutor social - dosar nr. | DA [] | NU [] |
| f) primesc pensie din sistemul public de pensii - dosar nr. | DA [] | NU [] |
| g) primesc pensie din alt sistem neintegrat sistemului public de pensii | DA [] | NU [] |
| h) primesc indemnizație de șomaj | DA [] | NU [] |
| i) primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap | DA [] | NU [] |

Date de contact: Nr. telefon: email:

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

Ultimul loc de muncă în cadrul bisericii:

Ocupația:

Declar că îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor, în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția

Îmi exprim acordul DA [] NU [] cu privire la publicarea datelor mele în cadrul Bisericii Reformate, cum ar fi nume, prenume, domiciliul, adresă electronică, număr 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 rigourile 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