

## HOTĂRÂREA nr. 04

din 26.09.2024

privind actualizarea formularelor tipizate utilizate în sistemul C.A.A. începând cu luna octombrie  
2024

Consiliul Casei de Asigurări a Avocaților compus din:

Președinte	- av. Bubatu Mihăiță
Vicepreședinte	- av. Cristian-Augustin Niculescu-Țăgârlaș
Membri	- av. Julia Zorkoczy
	- av. dr. Petroșel Florin Norocel
	- av. Silvana-Mihaela Racoviceanu
	- av. Claudiu-Ovidiu Drăgănoiu
	- av. Gabriel-Cornel Grigore
	- av. Sorin-Dumitru Rusu
	- av. Stanca-Ioana Gidro

Având în vedere referatul întocmit de Serviciul Metodologie al C.A.A. privitor la actualizarea formularelor tipizate necesare pentru întocmirea dosarului de pensie în sistemul Casei de Asigurări a Avocaților din România ,

În conformitate cu dispozițiile art. 109 alin. (4) din Legea 72/2016 și art. 36 alin. (2) din Statutul C.A.A. adoptat prin Hotărârea Consiliului UNBR nr. 139/27.07.2016, cu modificările ulterioare

### C O N S I L I U L CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR H O T Ă R Ă Ș T E :

**Art. 1 – (1)** Se aprobă modelele de formulare utilizate la întocmirea dosarelor de pensionare din sistemul Casei de Asigurări a Avocaților, prevăzute în Anexa nr. 1 care face parte integrantă din prezenta hotărâre după cum urmează:

- a) Cererea de solicitare a pensie de limită de vârstă, care înlocuiește cererea de solicitare a pensie de limită de vârstă prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;
- b) Cererea de solicitare a pensie de invaliditate, care înlocuiește cererea de solicitare a pensie de invaliditate prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;
- c) Cererea de solicitare a pensiei de urmaș/indemnizației de urmaș pt. soț supraviețuitor / ajutor de șase luni pt. soț supraviețuitor , care înlocuiește cererea de solicitare a pensiei de urmaș/indemnizației de urmaș pt. soț supraviețuitor / ajutor de șase luni pt. soț supraviețuitor prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;
- d) Cererea de solicitare a pensie de retragere definitivă din profesia de avocat, care înlocuiește cererea de solicitare a pensie de retragere definitivă din profesia de avocat prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;
- e) Cererea de solicitare a pensie anticipate, care înlocuiește cererea de solicitare a pensie anticipate prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;
- f) Cererea de solicitare a sumelor rămase neîncasate de către pensionarul decedat, care înlocuiește cererea de solicitare a sumelor rămase neîncasate de către pensionarul decedat prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 22 din 12.12.2018;

**Art. 2** – Se aprobă modelele de formulare utilizate în operațiunile de control din sistemul Casei de Asigurări a Avocaților, prevăzute în Anexa nr. 2 care face parte integrantă din prezenta hotărâre, după cum urmează:

- a) Cererea de eșalonare, care înlocuiește cererea de eșalonare prevăzută de Anexa 1 a Hotărârii Consiliului C.A.A nr. 042/2023;
- b) Decizia de eșalonare, care înlocuiește decizia de eșalonare prevăzută de Anexa 3 a Hotărârii Consiliului C.A.A. nr. 04/2023;
- c) Angajamentul de plată, care înlocuiește angajamentul de plată prevăzut de Anexa 5 a Hotărârii Consiliului C.A.A. nr. 04/2023

**Art. 3** – Se aprobă modelele de formulare utilizate în alte activități din sistemul Casei de Asigurări a Avocaților, prevăzute în Anexa nr. 3 care face parte integrantă din prezenta hotărâre, după cum urmează:

- a) Cerere privind solicitarea ajutorului de deces;
- b) Cerere privind solicitarea ajutorului de creștere și îngrijire copil
- c) Cerere privind solicitarea indemnizațiilor;

(2) Formularele utilizate până la data prezentei hotărâri vor fi înlocuite cu formularele din prezenta hotărâre.

**Art. 4**– Formularele prevăzute în prezenta hotărâre se vor folosi începând cu 01.10.2024.

**Art. 5** – Formularele vor fi comunicate filialelor C.A.A.



Președinte,  
av. Bubatu Mișăiță

**PENSIEI PENTRU LIMITĂ DE VÂRSTĂ****DOMNUL PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_,  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_ et. \_\_, ap. \_\_\_\_ județul(sector)  
\_\_\_\_\_, telefon: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_ posesor/posesoare al(a) actului de identitate  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ născut(ă) la data de \_\_\_\_\_  
în localitatea \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_ fiul(fiiica) lui \_\_\_\_\_ și al (a)  
\_\_\_\_\_ solicit înscrierea la **pensie pentru limită de vârstă**

**Începând cu data de**

În acest scop depun următoarele:

- Adeverință emisă de Barou, privind vechimea în profesia de avocat.
- Carnet de muncă seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie\*\*
- Copie\* de pe decizia de pensionare din alte sisteme de pensii neintegrate.\*\*
- Adeverință, privind perioadele de stagiul de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii.\*\*
- Livret militar seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie\*\*
- Adeverință certificare perioadă de studii juridice (curs de zi) învățământ superior nr. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ emisă de \_\_\_\_\_, din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, precum și certificarea absolvirii acestora.
- Copie\* diplomă de studii și foaia matricolă.
- Adeverință privind perioadele asimilate (*facultatea curs de zi, stagiul militar*) luate în calcul în alte sisteme de pensii neintegrate.\*\*
- Copie\* după actul de identitate (B.I /C.I)
- Copie\* acte stare civilă: certificat de naștere seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ / certificat de căsătorie seria \_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ \*\*

**Declar pe proprie răspundere sub sancțiunile prevăzute de Codul Penal pentru declarații false, că:**(se completează toate căsuțele cu **DA / NU**)

- sunt asigurat(ă) în sistemul de asigurări sociale ale avocaților, unde asigurarea este obligatorie conform prevederilor legale.
- primesc o altă pensie sau ajutor social din alte sisteme de pensii neintegrate
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale.
- primesc indemnizație de șomaj
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale
- am optat pt. valorificarea stagiului asimilat (*facultatea/armata*) în alt sistem de pensii

**Optez pentru următoarele perioade asimilate:**

- cursuri de zi ale învățământului universitar juridic
- serviciul militar

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

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor - GDPR).

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

Semnătura,

DATA \_\_\_\_\_

Domnului Președinte al Filialei \_\_\_\_\_ a Casei de Asigurări a  
Avocaților

- \*copia xerox de pe documente, se conformează cu originalul, de către Filiala CAA care înregistrează cererea de pensionare.
- \*\* când este cazul.

Nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FORMULAR cerere tip, privind acordarea

**PENSIEI DE INVALIDITATE**

**DOMNUL PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ județul(sector) \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ posesor/posesoare al(a) actului de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ născut(ă) la data de \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_/ județul \_\_\_\_\_ fiul (fiica) lui \_\_\_\_\_ și al(a) \_\_\_\_\_ solicit înscrierea la **pensie de invaliditate** începând cu data de \_\_\_\_\_

În acest scop depun următoarele:

- Adeverință emisă de Barou, privind vechimea în profesia de avocat.
- Carnet de muncă seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie\*\*
- Copie\* de pe decizia de pensie din alte sisteme de pensii neintegrate \*\*
- Adeverință, privind perioadele de stagiu de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii\*\*
- Livret militar seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie\*\*
- Adeverință certificare perioadă de studii juridice (curs de zi) învățământ superior nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, emisă de \_\_\_\_\_ din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, precum și certificarea absolvirii acestora;
- Copie\* diplomă de studii și foaia matricolă.
- Adeverință din care să reiasă data încetării plății indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă și cuantumul acesteia \_\_\_\_\_
- Decizia de suspendare din profesia de avocat, emisă de Barou.
- Decizia Medicală de încadrare în grad de invaliditate în original, emisă de medicul expert al asigurărilor sociale.
- Copie\* după actul de identitate (B.I /C.I)
- Copie\* acte stare civilă: certificat de naștere seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_/ certificat de căsătorie seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\*\*

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

(se completează toate căsuțele cu DA / NU)

- sunt asigurat(ă) la sistemul de asigurări sociale ale avocaților, unde asigurarea este obligatorie conform prevederilor legale.
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale.
- primesc o altă pensie sau ajutor social din alte sisteme de pensii neintegrate
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale.
- primesc indemnizație de șomaj
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- am optat pt. valorificarea stagiului asimilat (*facultatea/armata*) în alt sistem de pensii
- am solicitat suspendarea din profesia de avocat.

**Optez pentru următoarele perioade asimilate:**

- cursuri de zi ale învățământului universitar juridic
- serviciul militar

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

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).

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

DATA \_\_\_\_\_

Semnătura,

DOMNULUI PREȘEDINTE AL FILIALEI \_\_\_\_\_ A CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR

- \*copia xerox de pe documente, se conformează cu originalul, de către Filiala CAA care înregistrează cererea de pensionare.
- \*\* când este cazul.

**Pensiei de urmaș/ indemnizației de urmaș pt. soț  
supraviețuitor / ajutor de șase luni pt. soț  
supraviețuitor**

**DOMNULE PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, în calitate de **soț  
supraviețuitor / fiu / fiică / tutore/curator (se încercuiește categoria)**, cu CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în  
localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_, bl. \_\_, sc. \_\_\_\_\_, et. \_\_, ap. \_\_\_\_\_  
județul(sector) \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_, posesor/posesoare act  
identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ născut(ă) la  
data de \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_ / județul \_\_\_\_\_ fiul(fiica) lui  
\_\_\_\_\_ și al(a) \_\_\_\_\_ solicit înscrierea la **pensie de urmaș**, după  
susținătorul \_\_\_\_\_ decedat(ă) la data de \_\_\_\_\_ având calitatea de asigurat  
al CAA / asigurat în alte sisteme de asigurări sociale/ pensionar(ă) CAA cu CNP \_\_\_\_\_ Nr. dosar  
pensie: \_\_\_\_\_ decedat la data de \_\_\_\_\_.

**Membrii de familie ai susținătorului decedat, îndreptățiți la pensia de urmaș, sunt:**(-se scrie numele și prenumele / calitatea : **fiu, fiică, soț supraviețuitor, CNP**)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**În acest scop depun următoarele:**

- Adeverință emisă de Barou din care rezultă, vechimea în profesia de avocat privind pe susținătorul decedat.
- Carnet de muncă seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, original și copie\*\*
- Copie\* decizie de pensie, ultimul talon de plată pensie, privind pe susținătorul decedat \*\*
- Adeverință privind perioadele de stagiul de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii neintegrate privind pe susținătorul decedat\*\*
- Livret militar seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, original și copie\* al susținătorului decedat\*\*
- Adeverință certificare perioadă de studii juridice(curs de zi) învățământ superior nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_ emisă de \_\_\_\_\_, din care să rezulte durata normală și perioada studiilor, precum și certificarea absolvirii acestora privind pe susținătorul decedat;
- Copii\* **de pe acte de stare civilă privind pe urmași**( certificat naștere/ certificat căsătorie)
- Adeverință de studii (elev sau student) după împlinirea vârstei de 16 ani pentru copii urmași.
- Adeverință privind perioadele asimilate luate în calcul în sistemul public sau alte sisteme de pensii neintegrate, privind pe susținătorul decedat.
- Copie\* după actul de identitate al solicitantului pensiei de urmaș (B.I / C.I)
- Copii\* **acte stare civilă privind pe susținătorul decedat** ( certificat de naștere, certificat de căsătorie,\*\* certificatul de deces)
- Talonul de plată a pensiei și copia\* deciziei de pensie în cazul solicitării indemnizației de urmaș de către soțul supraviețuitor.
- Decizia medicală asupra capacității de muncă în original, în cazul în care, soțul supraviețuitor nu îndeplinește condițiile de vârstă.

**Opțez pentru următoarele perioade asimilate privind pe susținătorul decedat:**

(se completează toate căsuțele cu DA / NU)

- cursuri de zi ale învățământului universitar juridic
- serviciul militar


Anexez, alăturat o declarație tip pe proprie răspundere (vezi verso).

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor - GDPR).

DATA \_\_\_\_\_

Semnătura,

DOMNULUI PREȘEDINTE AL FILIALEI \_\_\_\_\_ A CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR

\*\* când este cazul.

## DECLARAȚIE,

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

(se completează toate căsuțele cu DA / NU)

- am săvârșit infracțiunea de omor sau tentativă de omor asupra susținătorului decedat
- sunt asigurat(ă) la sistemul la sistemul de asigurări sociale ale avocaților.
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale neintegrate.
- primesc o altă pensie sau ajutor social din alte sisteme de pensii
- primesc pensie din sistemul de asigurări sociale al avocaților
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale
- primesc indemnizație de șomaj,
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- realizez venituri lunare dintr-o activitate pentru care asigurarea este obligatorie.
- s-a desfășurat căsătoria cu susținătorul decedat
- după decesul susținătorului decedat, m-am recăsătorit


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 pentru orice schimbare ce va surveni în cele declarate mai sus. *În cazul în care nu-mi voi respecta declarația asumată prin prezenta cerere, 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,

Nr. \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

FORMULAR cerere tip privind acordarea

**PENSIEI DE RETRAGERE DEFINITIVĂ DIN PROFESIA DE AVOCAT**

**DOMNUL PREȘEDINTE,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_, bl. \_\_\_\_, sc. \_\_\_\_, et. \_\_\_\_, ap. \_\_\_\_  
județul(sector) \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ posesor/poseoare al (a) actului de  
identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ născut(ă) la data de  
\_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_ / județul \_\_\_\_\_ fiul(fiiica) lui \_\_\_\_\_  
și al (a) \_\_\_\_\_ solicit înscrierea la **pensie de retragere definitivă din profesie, începând**

Cu data de

**În acest scop depun următoarele :**

- Adeverință emisă de Barou, privind vechimea în profesia de avocat.
- Carnet de muncă seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie\*\*
- Adeverință, privind perioadele de stagiul de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii \*\*
- Livret militar seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ original și copie \*\*
- Adeverință certificare perioadă de studii juridice (curs de zi) învățământ superior nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, emisă de \_\_\_\_\_ din care să rezulte, durata normală și perioada studiilor, precum și certificarea absolvirii acestora \*\*
- Copie\* diplomă de studii și foia matricolă\*\*
- Copie\* de pe decizia de pensie din alte sisteme de pensii neintegrate \*\*
- Copie\* după actul de identitate (B.I /C.I)
- Copie\* acte stare civilă: certificat de naștere și certificat de căsătorie unde este cazul.
- Decizia de radiere din profesia de avocat, emisă de Barou.

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

- am solicitat radierea din profesia de avocat. (se completează toate căsuțele cu 

DA / NU

)
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale
- primesc o altă pensie din sisteme de pensii neintegrate.
- primesc pensie din sistemul de asigurări sociale al avocaților
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- am optat pt. valorificarea stagiului asimilat (*facultatea / armata*) în alte sisteme de pensii
- am cumulat pensia din sistemul de asigurări al avocaților cu venituri realizate din profesia de avocat
- am cumulat pensia din alte sisteme de asigurări sociale cu venituri realizate din profesia de avocat

**Optez pentru următoarele perioade asimilate:**

- cursuri de zi ale învățământului universitar juridic
- serviciul militar

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

*Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).*

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

- \*copia xerox de pe documente, se conformează cu originalul, de către Filiala CAA care înregistrează cererea de pensionare.  
\*\* când este cazul.

DATA \_\_\_\_\_

Semnătura,  
Nr. \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

DOMNULUI PREȘEDINTE AL FILIALEI \_\_\_\_\_ A CASEI DE ASIGURĂRI A AVOCAȚILOR

FORMULAR cerere tip pentru acordarea

**PENSIEI ANTICIPATE DIN PROFESIA DE AVOCAT**

**DOMNUL PREȘEDINTE ,**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_, cu CNP \_\_\_\_\_,  
domiciliat(ă) în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_, bl. \_\_, sc. \_\_, et. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_  
județul(sector) \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_, posesor  
/posesoare al(a) actului de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_ la data de  
\_\_\_\_\_ născut(ă) la data de \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_/ județul  
\_\_\_\_\_ fiul(fiica) lui \_\_\_\_\_ și al(a) \_\_\_\_\_ solicit înscrierea la  
**pensie anticipată din profesia de avocat, începând**

Cu data de

**În acest scop depun următoarele:**

- Adeverință emisă de Barou cu vechimea în profesia de avocat.
- Copie \*după actul de identitate (B.I./C.I.)
- Copie\* acte stare civilă: certificat de naștere și certificat de căsătorie unde este cazul.
- Decizia de radiere din profesia de avocat, emisă de Barou \*\*
- Carnet de muncă seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ (original și copie)\*\*
- Adeverință privind perioadele de stagiu de cotizare valorificate în alte sisteme de pensii neintegrate\*\*
- Copie **decizie de pensie**, din alte sisteme de pensii neintegrate\*\*

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

- sunt asigurat(ă) în sistemul de asigurări sociale al avocatilor, unde asigurarea este obligatorie conform prevederilor legale
- primesc o altă pensie din alte sisteme de pensii neintegrate
- primesc indemnizații prevăzute de legi speciale
- primesc indemnizație de șomaj,
- primesc indemnizație acordată persoanelor cu handicap
- am solicitat radierea din profesia de avocat de la Barou
- sunt asigurat(ă) în alte sisteme de asigurări sociale

DA / NU

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

*Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentul European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).*

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

DATA \_\_\_\_\_

Semnătura,

Domnului Președinte al Filialei \_\_\_\_\_ a Casei de Asigurări A Avocaților

*\*copia xerox de pe documente, se conformează cu originalul, de către Filiala CAA care înregistrează cererea de pensionare.*

*\*\* când este cazul.*



Nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**CERERE**

pentru plata sumelor rămase neîncasate de către pensionarul decedat

SE APROBĂ,

Viza pentru controlul financiar preventiv

\_\_\_\_\_  
(semnătura)

\_\_\_\_\_  
(semnătura și data)

Către \_\_\_\_\_

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ cu cod  
personal de asigurări sociale \_\_\_\_\_ domiciliat(ă) în  
\_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ nr.  
\_\_\_\_\_ blocul \_\_\_\_\_ scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ județul (sectorul)  
\_\_\_\_\_ posesor act identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ în calitate de  
\_\_\_\_\_ <sup>1</sup> vă rog ca în baza dosarului de pensie nr. \_\_\_\_\_ și a  
celorlalte acte să aprobați plata.

- pensie pe luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_

În susținerea cererii mele, declar pe propria răspundere următoarele:

Defunctul are (nu are) urmași cu drept la pensie și că la data decesului se afla (nu se afla) în îngrijirea subsemnatului (ei).

Odată cu prezenta depun și următoarele acte:

- certificat de deces (copie și original);
- talon de pensie al decedatului;
- acte de stare civilă solicitant din care să rezulte gradul de rudenie cu decedatul sau, după caz, actul care atestă calitatea de moștenitor.

*Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).*

Data,

\_\_\_\_\_  
(Semnătura)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Soț, copil, părinte sau, în lipsa acestora, moștenitor legal și / sau, după caz, alt testamentar

## CERERE DE EȘALONARE

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_<sup>2</sup>, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_<sup>1</sup>,  
 str. \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, nr. \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, Sector/județ \_\_\_\_\_<sup>1</sup>,  
 legitimat/ă cu C.I. seria \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, nr. \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, eliberată de \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, la data \_\_\_\_\_,  
 CNP \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, avocat definitiv/stagiar în cadrul Baroului \_\_\_\_\_<sup>1</sup>,

1. Vă rog să-mi aprobați eșalonarea datoriilor restante aferente perioadei/perioadelor de contribuție \_\_\_\_\_<sup>1</sup>.
2. Doresc ca datoriile restante să le plătesc într-un număr de \_\_\_\_\_ rate lunare, începând cu luna \_\_\_\_\_.

Datoriile restante sunt cele înscrise în Certificatul de Atestare a Obligațiilor Contributive pentru Eșalonarea Datoriilor Restante, pentru perioada mai sus menționată.

Am luat la cunoștință de împrejurarea că înregistrarea în sistem a cererii mele se face în baza următoarelor documente:

- a) Prezenta cerere semnată;
- b) Certificatul de Atestare a Obligațiilor Contributive pentru Eșalonarea Datoriilor Restante<sup>3</sup>;

Datoriile restante la sistemul propriu de pensii, așa cum rezultă din Certificatul de Atestare a Obligațiilor Contributive pentru Eșalonarea Datoriilor Restante pentru perioada/perioadele \_\_\_\_\_ sunt următoarele:

- (1) Contribuții datorate în sumă de \_\_\_\_\_ lei<sup>4</sup>;
- (2) Majorări de întârziere determinate, înregistrate în sistem ca accesorii ale unor obligații contributive achitate cu întârziere până la data prezentei cereri în sumă de \_\_\_\_\_ lei<sup>5</sup>;
- (3) Componenta „Majorări de întârziere determinabile”, parțiale, pentru perioada dintre scadența datelor de plată a contribuțiilor la care se referă pct.1 de mai sus și data prezentei, se determină în mod automat de sistem, acestea având o valoare simulată la data prezentei în sumă de \_\_\_\_\_ lei<sup>4</sup>

Am luat la cunoștință că datoriile la obligațiile contributive principale restante, creează în continuare majorări de întârziere până la momentul plății efective a acestora.

Mă oblig ca pentru „Majorările de întârziere determinabile” **finale**, componenta diferență între momentul Cererii de Eșalonare și momentul efectiv al plății, să le regularizez și să le achit, așa cum se va stabili prin decizia de eșalonare și graficul de eșalonare.

Am luat la cunoștință că numărul de rate precum și scadența acestora vor fi stabilite prin decizia de aprobare a cererii mele.

Am luat la cunoștință de prevederile art.131 alin.5 din Legea nr.72/2016 și de art.93 alin.3 din Statutul C.A.A.

N.B : Dacă în termen de 30 de zile de la data înregistrării cererii de eșalonare avocatul nu se prezintă pentru finalizarea procedurii de eșalonare prin semnarea angajamentului de plată, decizia de eșalonare nu produce efecte.

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentul European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).

Vă mulțumesc.

Data: \_\_\_\_\_

Avocat \_\_\_\_\_

Semnătura:

<sup>2</sup> Se completează de avocat

<sup>3</sup> Se emite din oficiu, cu sau fără desfășurarea procedurii de control

<sup>4</sup> Suma acestora așa cum reiese din Certificatul de Atestare a Obligațiilor Contributive pentru Eșalonarea Datoriilor Restante

<sup>5</sup> Datele privind obligațiile trebuie să fie în acord cu cele din procesul verbal de punere de acord

## DECIZIE DE EȘALONARE

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Consiliul de Administrație al Filialei \_\_\_\_\_ al Casei de Asigurări a Avocaților întrunit în ședința de lucru din data de \_\_\_\_\_, cu \_\_\_\_\_ voturi, dispune:

**1.** Aprobă cererea de eșalonare înregistrată în data de \_\_\_\_\_ cu numărul \_\_\_\_\_ a Domnului/Doamnei avocat \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector/județ \_\_\_\_\_, legitimat/ă cu C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberată de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, avocat definitiv/stagiar în cadrul Baroului \_\_\_\_\_ cu legitimația nr. \_\_\_\_\_, depusă personal/prin împuternicit domnul/doamna domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, sector \_\_\_\_\_, legitimat/ă cu C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberată de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_.

**2.** Eșalonează datoriile în valoare totală de \_\_\_\_\_ lei, compuse din:

**(1)** Contribuții datorate în sumă de \_\_\_\_\_ lei.

**(2)** Majorări de întârziere determinate, înregistrate în sistem ca accesorii ale unor obligații contributive achitate cu întârziere până la data prezentei cereri în sumă de \_\_\_\_\_ lei.

**(3)** Componenta „Majorări de întârziere determinabile”, valoare determinată parțial, pentru perioada dintre scadența datelor de plată a contribuțiilor prevăzute și la care se referă pct.1 de mai sus și data cererii de eșalonare, se determină în mod automat de sistem, acestea având o valoare simulată în sumă de \_\_\_\_\_ lei.

**3.** Eșalonarea se aprobă pentru un număr de \_\_\_\_\_ rate, iar scadența fiecărei rate este data de \_\_\_\_\_ a fiecărei luni, începând cu luna \_\_\_\_\_.

**4.** Contribuabilul va avea următoarele obligații:

**a)** Să plătească la termenele stabilite valoarea ratelor stabilite prin graficul de eșalonare.

**b)** Să plătească „Majorările de întârziere determinabile”, componenta diferență între momentul Cererii de Eșalonare și momentul efectiv al plății, să le regularizeze și să le achite, așa cum se va stabili prin decizia de eșalonare și graficul de eșalonare.

**5.** Prezenta decizie are ca temei de drept prevederile art.98 și următoarele din Regulamentul Creanțelor Contributive precum și Hotărârea C.A.A. nr. \_\_ din \_\_\_\_\_

**6.** Prezenta decizie își produce efectele de la data semnării angajamentului de plată.

**7.** Prezenta decizie se comunică contribuabilului.

**8.** Contribuabilul poate contesta prezenta decizie în termen de 15 zile de la comunicare. Depunerea contestației se va face la sediul emitentului.

**9.** Prezenta decizie are ca anexă Graficul de eșalonare.

Data: \_\_\_\_\_

Consiliul Fil. \_\_\_\_\_ C.A.A.

Prin Președinte \_\_\_\_\_

## ANGAJAMENT DE PLATĂ

Nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, domiciliat/ă în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, Sector/județ \_\_\_\_\_, legitimat/ă cu C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberată de \_\_\_\_\_, la data \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, avocat definitiv/stagiar în cadrul Baroului \_\_\_\_\_ cu legitimația nr. \_\_\_\_\_, mă angajez să respect plata eșalonată a datoriilor restante așa cum au fost ele aprobate de Consiliul de Administrație al Filialei \_\_\_\_\_ prin Decizia de eșalonare nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_.

Datoriile restante la sistemul propriu de pensii, aferente perioadei \_\_\_\_\_ așa cum rezultă din Certificatul de Atestare a Obligațiilor Contributive pentru Eșalonarea Datoriilor Restante și din Graficul de Eșalonare anexat Deciziei Nr. \_\_\_\_\_, sunt următoarele:

- (1) Contribuții datorate în sumă de \_\_\_\_\_ lei.
- (2) Majorări de întârziere determinate, înregistrate în sistem ca accesorii ale unor obligații contributive achitate cu întârziere până la data prezentei cereri în sumă de \_\_\_\_\_ lei.
- (3) Componenta „Majorări de întârziere determinabile”, **parțiale**, pentru perioada între data scadentă de plată a contribuțiilor prevăzute și la care se referă pct.1 de mai sus și data cererii de eșalonare. Acestea se determină în mod automat de sistem, având o valoare simulată în sumă de \_\_\_\_\_ lei.

Am luat la cunoștință că datoriile la obligațiile contributive principale restante, creează în continuare majorări de întârziere până la momentul plății efective a acestora.

Mă oblig ca pentru „Majorările de întârziere determinabile” **finale**, componenta diferență între data Cererii de Eșalonare și momentul efectiv al plății contribuției restante, să le achit împreună cu rata de plată.

Mă angajez să plătesc datoriilor restante în conformitate cu graficul de eșalonare, anexat prezentului angajament, în \_\_\_\_\_ rate de eșalonare, urmând ca fiecare rată să fie achitată lunar până în data de \_\_\_\_\_ a lunii, începând cu luna \_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință că în cazul în care voi întârzi la oricare dintre plățile ratelor cu mai mult de 15 zile, voi pierde beneficiul eșalonării, toate creanțele devenind certe, lichide și exigibile, pentru sumele neplătite.

Sunt de acord ca toate plățile pe care le voi face cu alt scop decât cel de achitare a ratelor restante să fie alocate cu prioritate către plata ratelor scadente.

În cazul nerespectării angajamentului de plată se pierde beneficiul eșalonării și se va proceda la executarea silită.

Prezentul angajament constituie titlu executoriu conform prevederilor art.131 alin.(5) din Legea nr.72/2016.

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentul European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).

Dat astăzi \_\_\_\_\_

Semnat în fața noastră

Calitatea \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Av. \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Rezoluție: *Se aprobă / Se respinge*

Data: \_\_\_\_\_

**CERERE PRIVIND SOLICITAREA AJUTORULUI  
DE DECES**

pe luna \_\_\_\_\_ pentru decedatul \_\_\_\_\_

## I. Date privind solicitantul.

Numele si prenumele: \_\_\_\_\_

C.N.P. \_\_\_\_\_ CI seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_, domiciliat in  
localitatea \_\_\_\_\_ strada \_\_\_\_\_ nr.  
\_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_ sector \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_II . Calitatea solicitantului<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

## III. Documente anexate

1. Certificat deces \_\_\_\_\_
2. Document ce atestă gradul de rudenie \_\_\_\_\_
3. Acte doveditoare privind efectuarea, cheltuielilor ocazionate de deces

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere ca ajutorul de deces nu a mai fost solicitat din alte sisteme de asigurări sociale și nici nu va mai fi solicitat de o altă persoană.

Vechime in avocatură \_\_\_\_\_ / în sectorul de stat \_\_\_\_\_ pensionar  
/ avocat din data de \_\_\_\_\_  
CAS achitat până la \_\_\_\_\_

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentul European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).

Semnătura solicitantului

**CONTABIL ȘEF**

Suma Căvenită: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Se completează în funcție de situație:

- cu gradul de rudenie în cazul ajutorului de deces pentru decesul asiguratului sau pensionarului,
- mențiunea avocat și gradul de rudenie a persoanei defuncte în cazul ajutorului de deces pentru decesul unui membru al familiei asiguratului.

Nr. înreg.....

Rezoluție: Se aprobă / Se respinge

Data rezoluției: .....

**CERERE PRIVIND SOLICITAREA AJUTORULUI DE CREȘTERE ȘI ÎNGRIJIRE COPIL  
Până la împlinirea vârstei copilului de ..... ani**

**LUNA .....începând cu data de:.....**

**I. Date privind solicitantul**

Subsemnatul (numele și prenumele) ....., domiciliat în localitatea ....., str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector ....., CNP ....., BI/CI/P seria ... nr..... eliberat(a) de ....., nr. Dosar Profesional .....,

**Date Contact (obligatorii): Email:.....Telefon: .....**

**II. Calitatea solicitantului .....**

Declar pe proprie răspundere ca în luna de început a indemnizației, respectiv luna..... **AM / NU AM avut încasări :**

- din onorarii profesie ( mai puțin onorarii oficiu) ..... lei.
- din onorarii oficiu ..... lei.

**III. Acte depuse**

.....  
.....  
.

**Mă oblig să ridic suma convenită la data de .....**

**Sub sancțiunea abaterii disciplinare, mă oblig să depun Copie după Decizia Baroului București de începere / ridicare a suspendării în cel mult 5 zile de la emiterea ei.**

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor - GDPR).

Semnătura solicitantului,

Suma indemnizației / luna nu poate fi mai mare de 1.172 Ron

Valoare indemnizație convenită .....

Total contribuții achitate pe perioada.....

Total concedii medicale achitate pe perioada .....

Poprire .....

NR. ZILE CALENDARISTICE .....

NR. ZILE LUCRATOARE .....

Contabil Sef,

Suma : .....

Data : .....

Semnătura .....

Întocmit,

# CERERE PRIVIND SOLICITAREA INDEMNIZAȚIEI

de \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

PE LUNA.....

## 1. Date privind solicitantul

Subsemnatul (numele și prenumele) \_\_\_\_\_  
domiciliat în localitatea \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberat(ă) de \_\_\_\_\_ Legitimație avocați \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

solicit drepturile de asigurări sociale convenite pe luna \_\_\_\_\_

## I. Calitatea solicitantului<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Declar pe proprie răspundere<sup>3</sup> că în luna \_\_\_\_\_ AM / NU AM avut încasări.

- din onorarii profesie ..... lei.

- din onorarii oficiu ..... lei.

## II. Acte depuse<sup>4</sup>.....

.....

.....

Mă oblig să ridic suma convenită la data de \_\_\_\_\_

Îmi exprim acordul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul și pentru îndeplinirea atribuțiilor legale ale instituției, cu respectarea prevederilor Regulamentului UE 679/2016 al Parlamentului European și Consiliului Uniunii Europene (Regulamentul general privind protecția datelor – GDPR).

Semnătura solicitantului,

Media C.A.S. pe 12 luni.....  
Venit mediu aferent C.A.S. ....  
Procent<sup>6</sup> .....  
Valoare indemnizație convenită .....  
Total contribuții achitate pe perioada .....  
Total concedii medicale achitate pe perioada .....  
Diferențe (+)(-)(5-6) .....

### Referat

.....  
.....  
.....  
.....

ZILE CALENDARISTICE ..... ZILE

LUCRĂTOARE .....

Contabil șef,

Data: ..... Semnătura

.....

Intocmit

<sup>1</sup>Se completează cu tipul de indemnizație solicitat, respectiv pentru maternitate, de boală, pentru creșterea/îngrijirea copilului și indemnizația părintelui decedat.

<sup>2</sup>Se completează în funcție de situație, respectiv avocat definitiv / stagiar / pensionar în activitate / părintele avocatului. <sup>3</sup>Se completează de solicitantii indemnizațiilor de maternitate, de boală și pentru creșterea/îngrijirea copilului. Nu se completează în cazul indemnizației pentru părintele avocatului decedat.

<sup>4</sup>Se menționează actele depuse în funcție de specificul indemnizației. Ex:

- act medical pentru indemnizația de sarcină, certificat de naștere pentru indemnizația de lăuzie,
- act medical pentru indemnizația aferentă concediului medical,
- acte medicale și de stare civilă pentru indemnizația pentru creșterea / îngrijirea copilului bolnav,
- acte de stare civilă și certificat de deces pentru indemnizația solicitată de părintele avocatului.

<sup>5</sup>Se completează de către funcționarii filialei CAA.

<sup>6</sup>Se precizează procentul prevăzut de Statutul CAA, aferent indemnizației solicitate (90%-indemnizația de maternitate, 75%- indemnizația pentru concediu medical, 85%-indemnizația pentru creșterea sau îngrijirea copilului).