

Sol·licitud de reembossament del 100% de les tarifes de responsabilitat

Recursos econòmics insuficients

(article 139 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social i Reglament regulador de les prestacions de reembossament fins al 100% de les tarifes de responsabilitat de la Caixa Andorrana de Seguretat Social)

Primera sol·licitud

Renovació

1. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Indiqueu el col·lectiu al qual pertanyeu:

Persona assalariada o assimilada

Persona que realitza una activitat per compte propi

Pensionista CASS

Pensionista Govern

Altres [indiqueu-lo]

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport

Document d'identitat núm. :

(Si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a

2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

correu electrònic:

3. Dades de la persona assegurada indirecta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport

Document d'identitat núm. :

(Si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a:

4. Domicili habitual del nucli familiar

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic

5. Col·lectiu

Persona jubilada amb ingressos inferiors al salari mínim mensual

Persona amb recursos econòmics insuficients

6. Assegurances complementàries (si és el cas)

Indicar si teniu contractada una assegurança complementària:

SI

Aporteu un certificat de la companyia asseguradora

NO

Declaro sota jurament/promesa

Que no tinc contractada cap pòlissa d'assegurança per malaltia complementària ni per a mi ni per als meus beneficiaris que es faci càrrec de la despesa mèdica (25% i 10%) no reemborsada per la CASS i motiu d'aquesta demanda

7. Em comprometo

A informar de manera immediata la CASS en cas d'una contractació futura d'una pòlissa d'assegurança per malaltia complementària per a mi o els meus beneficiaris.

8. Informació complementària

9. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

Que el/la sotasignat/ada certifica l'exactitud de les dades declarades i autoritza la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

10. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliți mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



11. Signatura

El reembossament de fins al 100% de les tarifes de responsabilitat des de la data

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada directa]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: