

Sol·licitud de targeta sanitària

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Document que us identifica: Passaport Document d'identitat Núm.:

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0052> i/o <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>

2. Representant de la persona sol·licitant (si cal)

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de (pare, mare, tutor...):

3. Signatura i fotografia de la targeta sanitària

IMPORTANT: Per les persones assegurades menors de 16 anys no és necessària ni la fotografia ni la signatura.

Espai per signatura (amb retolador negre.)

Espai per fotografia (tipus carnet)

4. Autorització expressa

Autoritzo expressament a la Caixa Andorrana de Seguretat Social a lliurar la targeta sanitària que he sol·licitat :

A l'empresa

Núm. CASS:

Altres: (especificar nom i cognoms).

Núm. CASS:

Aquesta autorització té validesa únicament per aquesta sol·licitud.

5. 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.

6. 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.



7. Signatura

Persona sol·licitant

Lloc:

Data:

Persona autoritzada (que recepciona la targeta sanitària) (nom i cognoms)

Lloc:

Data