

**Sol·licitud d'afiliació, variació de dades i primera alta a la seguretat social
d'una persona assalariada o assimilada i d'una persona pensionada**

Data: **Afiliació i/o alta** **Variació de dades**

1. Dades de la persona sol·licitant

NRT/Núm. Cens:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Nacionalitat:

Estat civil:

Passaport Núm.

DNI. Núm:

A omplir únicament en cas d'afiliació i alta assalariat

Resident fiscal a Andorra: Si No

Tipus d'autorització de treball:

Residència i treball

Temporer

Fronterer

Treball sense residència

No procedeix

Professió - CNO (Classificació Nacional d'Ocupacions):

Retribució bruta anual estimada de l'any en curs:

Durada del contracte laboral en mesos, de l'any en curs (1):

És soci de l'empresa Si No

(1) A informar només per a durades inferiors a 12 mesos

Tipus de contracte:

Contracte per a treballs de curta durada

Contracte de continuïtat de la vida laboral

Contracte de treball a distància o teletreball (Cal presentar una còpia del contracte)

Contracte a temps parcial

Altres (especificar)

Treball a distància o teletreball

Tasques que realitzarà:

Franja horària prevista:

De a

S'ha previst flexibilització horària? Si No

Lloc on es realitza:

Adreça domicili habitual Altre(Indiqueu-la)

Adreça:

Complement d'adreça: Núm: Esc: Pis: Porta

Població: Codi postal:

Telèfon laboral: Correu electrònic laboral:

Si el teletreball es desenvolupa fora d'Andorra especifiqueu el número de dies setmanals:

Es recorda que si el teletreball es realitza majoritàriament fora d'Andorra, s'ha de consultar amb la seguretat social del país en el que el teletreball es realitza als efectes escaients.

L'accident esdevingut en el lloc on la persona assalariada executa el treball a distància o teletreball durant l'exercici de la seva activitat professional es presumeix un accident de treball, prèvia presentació per part de l'empresa de la declaració d'accident laboral amb la documentació del treball a distància, i sempre que es doni compliment a les condicions previstes als articles 123 i 124 de la Llei 17/2008 de la seguretat social.

Dades de l'empresa:

Núm. CASS:

NRT/Núm. De Cens:

Cognom i nom/Denominació social:

Nom comercial:

Titular administratiu o representant:

2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.:

Esc:

Pis.:

Porta.:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic:

4. Compte bancari

Per a domiciliar les pensions:

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Titular del compte:

Per a percebre les prestacions:

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Titular del compte:

S'ha de complir el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a <https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>.

5. Autoritzo

A abonar els rebuts a nom meu a l'entitat bancària que indico en aquest document. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revoqui per escrit.

A debitar o abonar en el meu compte sense avís previ tots els rebuts emesos per la CASS.

Aquesta autorització és vàlida fins que no la revoqui per escrit.

6. Accepto

Que em dono per assabentat que en tant que empresari he de garantir la seguretat i la salut dels treballadors en tots els aspectes relacionats amb la feina. Si l'accident laboral o la malaltia professional del treballador es considera derivada d'una falta inexcusable per imprudència o negligència sense tenir en compte les regles elementals de seguretat, podrà donar lloc al rescabament per part de la CASS de les prestacions sufragades al treballador, d'acord amb l'article 91 del text refós de la Llei 17/2008. Que em dono per assabentat dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol error, inexactitud o falsedat en aquesta declaració donarà lloc a les responsabilitats administratives, civils i penals corresponents

7. Documentació a adjunta

Document que estipuli les condicions laborals de treball a distància o teletreball (contracte/conveni col·lectiu/reglament intern)

8. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti 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.



9. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona assalariada o pensionada]

[Nom i cognoms i signatura persona responsable de l'empresa]

Lloc:

Data

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: