

**Sol·licitud d'assistència sanitària per a pensionistes  
de la llei andorrana**

E/AND21 (Espanya)

SE 130-09 (França)

P/AND 6 (Portugal)

**1. Dades del/de la pensionista**

Núm. CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

**Adreça personal**

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

correu electrònic:

**2. Informació complementària**

Data del trasllat o canvi de residència:

Treballa en el país on residirà?

Sí

No

**3. Membres de família que resideixen a l'estranger al seu càrrec**

Relació familiar	Cognoms	Nom	Data de naixement

---

#### 4. 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 sotassinat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, 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.

---

#### 7. 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.



---

#### 8. Signatures

---

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindré actualitzades.

[Nom i cognoms i signatura pensionista

**Lloc:**

**Data**

Data d'efecte:

A la vista dels documents originals, el personal CASS fa constar que les dades d'aquest formulari coincideixen fidelment amb les que apareixen en els documents originals exhibits pel/per la sol·licitant.

Signatura,

Nom del responsable CASS