

**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 sotasignat/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