

**Sol·licitud de reembossament del 90% (actes ambulatoris) i del 100% (actes hospitalaris)  
de les tarifes de responsabilitat**

(article 139 del text consolidat 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)

**Per patologia**

**Per tractament i/o medicaments especialment costosos**

**1. Dades de la persona assegurada directa**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc:

Nacionalitat:

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

Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Temporer

Fronterer

Altres [especificar]

vàlida fins a:

**Adreça personal**

Adreça:

Complement d'adreça: núm.: esc.: pis: porta:

Població: parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: fax: correu electrònic:

**2. Dades de la persona assegurada indirecta**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

**3. Assegurança complementària (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.

## 4. 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.

## 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.

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.

## 6. Comunicació de la resolució

Accepto i dono el meu consentiment perquè la comunicació de la resolució de la present sol·licitud es faci pels mitjans següents:

Per comunicació electrònica segura a l'adreça que he indicat en l'apartat 1.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. ( Els serveis de la CASS avisaran al telèfon indicat en l'apartat 1)

Per correu postal a l'adreça indicada a l'apartat 1. ( Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada al número de telèfon indicat a l'apartat 1)

\*En cas que les dades d'aquest sol·licitud siguin diferents de les registrades als fitxers de la CASS es procedirà d'ofici a la seva actualització

## 7. Sol·licito

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

## 8. Signatura

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

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

**Lloc:**

**Data:**

**Protecció de dades.** A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, de 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, de protecció de dades personals.