

**Sol·licitud de reembossament del 100% de les tarifes de responsabilitat
Recursos econòmics insuficients**

(article 135 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)

Primera sol·licitud

Renovació

1. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Indiqueu el col·lectiu al qual pertanyeu:

Persona assalariada o assimilada

Persona que realitza una activitat per compte propi

Pensionista CASS

Pensionista Govern

Altres [indiqueu-lo]

Nacionalitat:

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

(Si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a

2. Dades de la persona assegurada indirecta (persona a càrrec de l'assegurada directa)

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Nacionalitat:

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

(Si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a:

3. Domicili habitual del nucli familiar

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.: esc.: pis: porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

fax:

correu electrònic:

4. Col·lectiu

Persona jubilada amb ingressos inferiors al salari mínim mensual

Persona amb recursos econòmics insuficients

5. Assegurances complementàries (si és el cas)

1. Si teniu una assegurança complementària, indiqueu el nom de la companyia:

Despeses que cobreix

Complem./malaltia

Complem./accident

Complem./indemnització/salari

Aporteu un certificat de la companyia asseguradora.

6. 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.

7. 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.

8. Dades del compte bancari

(si consta el compte bancari de la persona sol·licitant als fitxers de la CASS no cal emplenar aquest punt, si el canvieu, tingueu en compte que la variació afecta a totes les percepcions de prestació)

Codi IBAN:

Cognoms i nom del titular:

9. Informació complementària

10. 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.

11. Signatura

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

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

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, del 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.

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: