

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

**Recursos econòmics insuficients**

(article 139 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:

Data de naixement:

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. Adreça personal**

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

correu electrònic:

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

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport

Document d'identitat núm. :

(Si escau) Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Altres [especificar]

vàlida fins a:

---

#### 4. Domicili habitual del nucli familiar

---

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic

---

#### 5. Col·lectiu

---

Persona jubilada amb ingressos inferiors al salari mínim mensual

Persona amb recursos econòmics insuficients

---

#### 6. Assegurances complementàries (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

---

#### 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. Informació complementària

---

---

## 9. 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.

---

## 10. Protecció de dades

---

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



---

## 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:**

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: