

Règim especial

**Sol·licitud d'una persona assalariada (assegurada indirecta)
que cobra una retribució inferior al salari mínim
(article 224 de la Llei 17/2008, modificat per la Llei 18/2014)**

Affiliació i alta Variació de dades Baixa

Persona assegurada indirecta que complementa la branca jubilació

Persona assegurada que no complementa la branca jubilació

Data:

1. Dades de la persona assalariada (assegurada indirecta)

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>

Inscripció com a persona assegurada indirecta en qualitat de:

Cònjuge o persona que ha formalitzat una unió estable de parella de fet

Fill/a de la persona assegurada directa o del seu cònjuge assegurat indirecte fins als 24 anys inclosos.

Persona totalment a càrrec de la persona assegurada directa o del seu cònjuge assegurat indirecte fins als 24 anys inclosos

2. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

3. Dades del contracte de treball

Heu formalitzat un contracte de treball a temps parcial amb una/es empresa/es

Sí No

Indiqueu el número total d'hores setmanals que treballeu:

Indiqueu el nom de la empresa o empreses on treballeu:

4. Complement de cotització a la branca jubilació

Voleu complementar la cotització a la branca jubilació? Sí No

5. Dades del compte bancari (pel pagament de la cotització a la branca jubilació)

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Sucursal:

S'ha de complimentar el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a <https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>

6. Em dono per assabentat

Que declaro que la persona assegurada indirecta està a càrrec de la persona assegurada directa i que no realitza cap activitat econòmica, per compte propi i, en particular, no és titular de cap comerç indústria o explotació agrícola o ramadera, no té el càrrec d'administrador en cap societat, i no percep cap pensió que li doni dret a cobertura sanitària.

8. 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 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

9. 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.



10. Signatura

Signatura de la persona assegurada directa
16anys

Signatura de la persona assegurada indirecta si és major de

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: