

Sol·licitud i/o revisió d'una prestació d'invalidesa

Primera sol·licitud

Revisió de pensió d'invalidesa

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.:

Esc.:

Pis:

Porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic:

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>

2. Dades del compte bancari (per percebre la pensió)

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Cognoms i nom del titular:

3. Activitat laboral a l'estranger

Heu treballat en un país de conveni?

Si

NO

On:

Espanya

Portugal

França

Si desitgeu tramitar la invalidesa del país de conveni, empleneu el formulari CASS-0193.

4. Adjunto la documentació següent

Passaport, document d'identitat

Altres [especifiqueu-lo]

5. 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 comunicat i consta als fitxers de la CASS.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. (Els serveis de la CASS avisaran al telèfon comunicat als fitxers de la CASS)

Per correu postal a l'adreça que figura inscrita a la CASS. (Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada)

6. Sol·licito

Que la CASS m'atorgui una prestació d'invalidesa i/o revisi el meu grau d'incapacitat en base amb la legislació vigent de la seguretat social i els reglaments que la desenvolupen.

Que s'iniciï amb el país de conveni els tràmits de pensió corresponents de conformitat amb el conveni bilateral de seguretat social i l'acord administratiu.

Si voleu demanar una prestació de malaltia professional, s'ha d'omplir el formulari CASS-0085

7. 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.



8. Signatura

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindré actualitzades.

[Signatura de la persona sol·licitant o del seu representant

Lloc:

Data

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte