

**Sol·licitud d'una pensió d'orfenesa (orfes menors de 18 anys)
Art. 189 de la llei 17/2008 (modificat per la llei 18/2014)**

1. Dades del/de la fill/a

Núm. CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

2. Representant legal

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de:

3. Declaro

Que sóc orfe:

del meu ascendent

de la persona assegurada que convivia per matrimoni o parella de fet amb

el meu progenitor.

Dades de la persona difunta:

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de defunció:

4. Activitat a l'estranger de la persona assegurada

Heu treballat en un país de conveni? Si No On: Espanya França Portugal

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

5. Dades del compte bancari

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Cognoms i nom del titular

6. Adjunto la documentació següent

Passaport, document d'identitat de la persona sol·licitant	
Justificació de la representació (si escau)	
Certificat de naixement o llibre de família	
Certificat de defunció	
Declaració jurada per a fills del cònjuge supervivent aportats al matrimoni o parella de fet (si escau)	
Altres [especifiqueu-lo]	

7. Sol·licito

El reconeixement d'una pensió d'orfenesa en base amb la legislació vigent de la seguretat social, i/o el reembossament fins al 100% de les tarifes de responsabilitat de no tenir contractada cap pòlissa d'assegurança que es faci càrrec de la part no reemborsada per la CASS

7. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliteu 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'obertura de la pensió