

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:

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-0052_i/o <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>.

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. 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)

8. 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

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

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