

Sol·licitud per complementar la base de cotització mensual d'una persona que realitza una activitat per compte propi

(article 99 del text refós de la Llei17/2008)

Alta

Baixa

1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

2. Dades de contacte

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

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>

3. Declaro

Que realitzo una activitat per compte propi com a:

Titular de comerç o indústria, professió titulada i/o explotació agrícola

Familiar amb activitat efectiva en el comerç, indústria o explotació agrícola o ramadera i no sóc assalariat de la mateixa

Administrador/a de societat/s

Administrador/a de societat/s i titular de comerç, professió titulada i/o explotació agrària

Que no sóc tributari de cap pensió o prestació que em doni dret a cobertura sanitària.

Que la meua base de cotització mensual és inferior al salari mínim oficial i no em dona dret a les prestacions de la branca general.

4. Em dono per assabentat

Que per tenir dret a les prestacions de la branca general, s'ha de complementar la base de cotització amb una quantitat que sumada a la cotització com a compte propi sigui igual al salari mínim mensual oficial.

Que aquesta declaració s'ha de fer mensualment en el termini de 15 dies naturals a través:

-Del certificat digital (heu de fer la sol·licitud al portal de la CASS (www.cass.ad) i posteriorment signar el contracte a l'Àrea d'Atenció al Públic.

Que em comprometo a comunicar a la CASS qualsevol canvi en relació amb la meva situació personal.

5. Sol·licito

Per tenir dret a les prestacions de la branca general, poder efectuar mensualment el complement de la meva cotització en les formes i els terminis indicats en l'apartat anterior, de conformitat amb la legislació vigent i els reglaments que la desenvolupen.

Aquesta sol·licitud pren efecte a la data de la seva presentació de la persona assegurada i mentre aquesta no comuniqui fefaentment la baixa.

6. 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

7. 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.



8. Signatures

[Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: