



Segell d'entrada (espai reservat a la CASS)

**Sol·licitud d'afiliació, variació de dades i primera alta a la seguretat social  
d'una persona assalariada o assimilada i d'una persona pensionada**

Afiliació i alta

Variació de dades

Data:

**1. Dades de la persona sol·licitant**

NRT/Núm. Cens:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Estat civil:

Sexe:

M

F

Nacionalitat:

Núm. Passaport

Núm. DNI:

Resident fiscal a Andorra:

SI

NO

Tipus d'autorització de treball:

Residència i treball

Temporer

Fronterer

Treball sense residència

No procedeix

Professió - CNO (classificació nacional d'ocupacions):

**A omplir únicament en cas d'afiliació i alta assalariat**

Retribució bruta anual estimada de l'any en curs:

€

Durada del contracte laboral en mesos, de l'any en curs <sup>(1)</sup>:

És soci de l'empresa:

Sí

No

*Dades de l'empresa*

Núm. CASS:

NRT:

Cognoms i nom/Denominació social:

Nom comercial:

Titular administratiu o representant:



## 2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:                      núm.:              esc.:              pis:              porta:

Població:                                      parròquia:

País:    codi postal:

Telèfon:                                      fax:                                      correu electrònic:

(1) A informar només per a durades inferiors a 12 mesos.

## 3. Compte bancari

### Per a domiciliar les pensions

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Titular del compte:

### Per a percebre les prestacions

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Titular del compte:

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

## 4. Autoritzo la CASS

A abonar els rebuts a nom meu a l'entitat bancària que indico en aquest document. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revoqui per escrit.

## 5. Autoritzo el banc especificat en aquest document

A debitar o abonar en el meu compte sense avís previ tots els rebuts emesos per la CASS. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revoqui per escrit.

## 6. Accepto

Que em dono per assabentat/da 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

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a [dpd@cass.ad](mailto:dpd@cass.ad).

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recaptin, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça [dpd@cass.ad](mailto:dpd@cass.ad). Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

## 8. Signatures

[Nom i cognoms i signatura persona assalariada o pensionada]

[Nom i cognoms i signatura persona responsable de l'empresa]

**Lloc:**

**Data:**

## Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: :