

Sol·licitud de capital defunció

(article 176 del text refós de la Llei17/2008)

1. Dades de la persona assegurada difunta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de la defunció:

La defunció és conseqüència:

Malaltia comuna o accident no laboral

Accident laboral o malaltia professional

Tenia contractada una pòlissa d'assegurances de vida

No

Sí, especificar amb quina companyia o entitat:

2. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de:

Nacionalitat:

Document que us identifica: passaport document identitat núm.

Si no esteu inscrit a la seguretat social andorrana (no teniu número de CASS), indiqueu:

Adreça:

Codi Postal i País:

Telèfon:

Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

Si representeu una persona jurídica, indiqueu

Nom persona jurídica:

Sector d'activitat:

Els empresaris i les persones jurídiques l'activitat de les quals estigui relacionada amb els serveis funeraris, o que tinguin una obligació legal o convencional de pagar les despeses d'òbit, no es poden considerar persones beneficiàries als efectes de pagar el capital defunció (article 3 del Reglament regulador del capital defunció).

3. Declaro

Que he assumit les despeses relacionades amb l'òbit de la persona assegurada citada en l'apartat 1 d'un import total de _____ euros.

En cas que diverses persones hagin assumit les despeses de l'òbit, especificar:

Núm. CASS	Nom i cognoms

Que en aplicació de la legislació vigent sol·licito el pagament del capital per defunció que correspon al pagament de les despeses d'òbit amb un import màxim equivalent a tres vegades el salari mínim oficial vigent en el moment del fet causant.

4. Dades del compte bancari per al pagament del capital defunció

Codi IBAN

Entitat Bancària

Sucursal

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

5. Documentació a adjuntar

Passaport, document d'identitat de la personal sol·licitant

Certificat de defunció

Factura/es original/s de les despeses relacionades amb l'òbit

Comprovant de pagament en el que s'acrediti que la persona sol·licitant ha satisfet el pagament de la factura

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

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.

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 recapten, 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. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

8. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: