

**Sol·licitud d'assistència sanitària per a pensionistes  
de la llei andorrana**

E/AND21 (Espanya)

SE 130-09 (França)

P/AND 6 (Portugal)

**1. Dades del / de la pensionista**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

**Adreça personal**

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

correu electrònic:

**2. Informació complementària**

Percep una pensió del país on residirà?

Sí

No

Ha sol·licitat una pensió del país on residirà?

Sí

No.

Si la resposta és afirmativa, indiqueu: data de sol·licitud:

Data del trasllat o canvi de residència:

Treballa en el país on residirà?

Sí

No

### 3. Membres de família que resideixen a l'estranger al seu càrrec

Relació familiar	Cognoms	Nom	Data de naixement	Treballa o percep rendes de capital o pensió. Si la resposta és afirmativa, indiqueu l'import/mes	Té reconeguda o ha sol·licitat alguna prestació a la seguretat social? Si la resposta és afirmativa, indiqueu la prestació i data de sol·licitud o d'efectes
				<p>Sí      No</p> <p>Quantia:</p>	<p>Sí      No</p> <p>Prestació</p> <p>Data:</p>
				<p>Sí      No</p> <p>Quantia:</p>	<p>Sí      No</p> <p>Prestació</p> <p>Data:</p>
				<p>Sí      No</p> <p>Quantia:</p>	<p>Sí      No</p> <p>Prestació</p> <p>Data:</p>

### 4. 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.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

## 5. 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.

## 5. Signatures

[Nom i cognoms i signatura pensionista]

**Lloc:**

**Data:**

### Espai reservat a la CASS

Data d'efecte:

A la vista dels documents originals, el personal CASS fa constar que les dades d'aquest formulari coincideixen fidelment amb les que apareixen en els documents originals exhibits pel/per la sol·licitant.

Signatura,

Nom del responsable CASS

Data: