

Sol·licitud i/o revisió d'una prestació d'invalidesa

Primera sol·licitud

Revisió de pensió d'invalidesa

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Document que us identifica: Passaport Document d'identitat núm.:

2. Dades del compte bancari (per percebre la pensió)

Codi IBAN:

Cognoms i nom del titular:

3. Activitat laboral a l'estranger

Heu treballat en un país de conveni? Espanya Portugal

En cas d'haver treballat a Espanya o Portugal empleneu el formulari CASS-0193

4. Sol·licito

Que la CASS m'atorgui una prestació d'invalidesa i/o revisi el meu grau d'incapacitat en base amb la legislació vigent de la seguretat social i els reglaments que la desenvolupen.

Que s'iniciï amb el país de conveni els tràmits de pensió corresponents de conformitat amb el conveni bilateral de seguretat social i l'acord administratiu.

5. Adjunto la documentació següent

Passaport, document d'identitat

Justificació de la representació (si escau)

Declaració d'activitat (si escau)

Resolució de la CONAVA on consti el grau de minusvalidesa (si escau)

Altres [especifiqueu-lo]

6. 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)

7. Sol·licito

Que la CASS m'atorgui una prestació d'invalidesa i/o revisi el meu grau d'incapacitat en base amb la legislació vigent de la seguretat social i els reglaments que la desenvolupen.

Que s'iniciï amb el país de conveni els tràmits de pensió corresponents de conformitat amb el conveni bilateral de seguretat social i l'acord administratiu.

Si voleu demanar una prestació de malaltia professional, s'ha d'omplir el formulari CASS-0085

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

9. Signatura

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: