

Sol·licitud d'afiliació, alta i baixa en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general i a la branca jubilació
(Article 223 ter del text refós de la Llei 17/2008)

Alta i Afiliació

Baixa

1. Dades de la persona assegurada directa

Número CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

Lloc de naixement:

Estat civil:

Nacionalitat:

Passaport.

DNI Núm. document:

Tipus d'autorització de treball:

Residència i treball

No procedeix

Altres (especificar)

2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.:

Esc.:

Pis:

Porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon mòbil:

Telèfon fix:

Correu electrònic:

3. Compte bancari

Per a domiciliar les cotitzacions:

Entitat bancària (codi IBAN):

Per a domiciliar les prestacions:

Entitat bancària (codi IBAN):

S'ha de complimentar el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a

<https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>

4. Declaro

Que sóc resident a Andorra i em trobo en la situació següent:

He complert 50 anys o més, he cotitzat a Andorra un mínim de 180 mensualitats i no estic obligat a cotitzar per qualsevol altre motiu.

Que no realitzo cap activitat econòmica, per compte propi o d'altri i, en particular, no sóc titular de cap comerç, indústria o explotació agrícola o ramadera, no tinc el càrrec d'administrador en cap societat, i no percebo cap pensió que doni dret a cobertura sanitària.

Que informaré de qualsevol canvi en la situació personal que pugui afectar la meva afiliació.

5. Altres pensions

En relació a les pensions percebudes d'organismes estrangers, declaro:

Que no percebo cap pensió i/o prestació.

Que percebo una pensió i/o prestació.

En cas afirmatiu, detallo la pensió i/o prestació percebuda d'un organisme estranger:

Data d'inici de cobrament	Tipus de prestació o pensió	Organisme	País	Imports anuals bruts
Total				

Si teniu una prestació en tràmit amb un organisme estranger indiqueu quina

i la data de la sol·licitud .

6. Sol·licito

La meva afiliació en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general i a la branca jubilació mentre mantingui la meva residència a Andorra.

Reconec que en cas de deixar de cotitzar en aquest règim no podré tornar a demanar l'alta fins que no hagin transcorregut almenys vint-i-quatre mesos.

7. Accepto

Que, certificant l'exactitud de les dades, 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.

8. Adjunto la documentació següent

Fotocòpia del passaport o del document d'identitat	
Autorització vigent de residència	
Certificat de residència del Comú	
Documentació acreditativa si teniu reconeguda una pensió de la seguretat social en un altre estat	
Altres (especificar)	

9. 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.

10. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Resolució: favorable desfavorable

Data d'efecte: