

**Sol·licitud del complement no contributiu de la pensió d'invalidesa derivada de malaltia
comuna o d'accident no laboral
(Article 170 bis Decret legislatiu del 16-09-2015)**

1era demanda**Renovació****1. Dades de la persona assegurada directa**

Número CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Estat civil:

Sexe: M F

Nacionalitat:

Pass. DNI Núm. document:

Tipus d'autorització de treball:

Residència i treball

No procedeix

Altres (especificar)

Autorització vàlida fins:

2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.: esc.: pis: porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

3. Declaro

Que tinc reconeguda una pensió d'invalidesa de la seguretat social andorrana derivada de malaltia de les:

persones assegurades que poden continuar treballant.

persones assegurades que queden incapacitades per exercir qualsevol activitat professional.

Que mantinc la residència legal al Principat d'Andorra i no tinc dret a una pensió de solidaritat prevista per la Llei de serveis socials i sociosanitaris.

4. Altres pensions

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

Que no percebo cap pensió d'invalidesa malaltia comuna o accident no laboral.

Que percebo alguna pensió d'invalidesa malaltia comuna o accident no laboral que passo

a detallar:

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

5. Càlcul del complement no contributiu

Que em dono com assabentat/da que el complement no contributiu de la pensió d'invalidesa pot ser igual a la diferència entre l'import de la meva pensió (sumant la que percebi d'organismes públics estrangers) i,

- el 40% del salari mínim mensual per la pensió de les "persones assegurades que poden continuar treballant",

o

- el 80% del salari mínim mensual per la pensió de les "persones assegurades que queden incapacitades per exercir qualsevol activitat professional".

6. Sol·licito

Que em sigui reconegut el complement no contributiu de la pensió d'invalidesa previst per l'article 170 bis de la legislació vigent de la seguretat social.

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	
Declaració jurada (complement no contributiu pensió d'invalidesa)	
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: :		