

**Sol·licitud per absentar-se del -domicili en l'horari establert durant el període de baixa mèdica**  
**(art. 10 del Reglament de les prestacions d'incapacitat temporal)**

**1. Dades de la persona assegurada sol·licitant**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Telèfon:

Correu electrònic:

( Les dades comunicades s'actualitzaran en els fitxers de la CASS)

**2. Sol·licito**

Que en la situació de baixa mèdica, la CASS m'autoritzi a absentar-me del meu domicili:

De les 9 -12h00 del matí

De les 15 – 17h00 de la tarda

Un altre horari (detallar)

Desplaçament fora d'Andorra per període que va del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Indicar si el desplaçament fora d'Andorra , és degut a una indicació mèdica:

Sí                      No

(En cas afirmatiu, cal trametre l'informe que ho justifiqui)

Lloc de desplaçament:

Motiu del desplaçament:

**3. Petició del formulari de desplaçament**

En cas de desplaçament fora d'Andorra (a Espanya i/o a França i/o a Portugal), i prèvia autorització de la CASS, demano que se'm trameti el formulari de desplaçament pel període autoritzat pels mitjans electrònics (indicat en l'apartat 1).

Sí                      No

Per la meva persona

Pels beneficiaris de la meva cobertura sanitària següents:

Nom i cognoms

Núm, CASS

#### 4. Accepto

Que degut a la situació actual, dono el meu consentiment per fer els tràmits i rebre la documentació corresponent a aquesta petició per mitjans electrònics.

Sí                      No

(Si no es vol rebre la documentació per mitjans electrònics s'ha de recollir a les dependències de la CASS)

Que a la vista del seu estat de salut, la persona sol·licitant considera oportú aquest desplaçament, i es fa responsable dels possibles perjudicis que en puguin resultar.

Em dono per assabentat que les absències justificades per absentar-me del meu domicili han de ser prèviament conegudes i autoritzades per la Caixa Andorrana de Seguretat Social als efectes del pagament de les prestacions econòmiques per incapacitat temporal (article 10 del Reglament de les prestacions d'incapacitat temporal).

Que l'article 146 del text refós de la Llei 17/2008 estableix que la no-presentació a les convocatòries de la Caixa Andorrana de Seguretat social sense motiu justificat, no trobar-se al domicili en la franja horària segons el que s'estableixi per reglament pot comportar l'alta administrativa i la suspensió a la prestació.

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.

#### 5. Adjunto la documentació següent

En cas que el meu metge consideri convenient l'absència del domicili durant l'horari establert: S'ha d'adjuntar l'informe del metge tractant

Altres (especificar):

#### 6. 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 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](mailto:dpd@cass.ad). Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

## 7. Signatura

Persona sol·licitant

Lloc:

Data:

---

Espai reservat a la CASS

Resolució:      Favorable totalment      Favorable en part      Desfavorable

Període autoritzat a absentar-se:

Motiu:

Data :