

Sol·licitud de capital defunció

(article 176 del text refós de la Llei17/2008)

1. Dades de la persona assegurada difunta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de la defunció:

La defunció és conseqüència:

Malaltia comuna o accident no laboral

Accident laboral o malaltia professional

Tenia contractada una pòlissa d'assegurances de vida

No

Sí, especificar amb quina companyia o entitat:

2. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de:

Nacionalitat:

Document que us identifica: passaport document identitat núm.

Si no esteu inscrit a la seguretat social andorrana (no teniu número de CASS), indiqueu:

Adreça:

Codi Postal i País:

Telèfon: Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

Si representeu una persona jurídica, indiqueu

Nom persona jurídica:

Sector d'activitat:

Els empresaris i les persones jurídiques l'activitat de les quals estigui relacionada amb els serveis funeraris, o que tinguin una obligació legal o convencional de pagar les despeses d'òbit, no es poden considerar persones beneficiàries als efectes de pagar el capital defunció (article 3 del Reglament regulador del capital defunció).

3. Declaro

Que he assumit les despeses relacionades amb l'òbit de la persona assegurada citada en l'apartat 1 d'un import total de _____ euros.

En cas que diverses persones hagin assumit les despeses de l'òbit, especificar:

Núm. CASS	Nom i cognoms

Que en aplicació de la legislació vigent sol·licito el pagament del capital per defunció que correspon al pagament de les despeses d'òbit amb un import màxim equivalent a tres vegades el salari mínim oficial vigent en el moment del fet causant.

4. Dades del compte bancari per al pagament del capital defunció

Codi IBAN

Entitat Bancària

Sucursal

5. Documentació a adjuntar

Passaport, document d'identitat de la persona sol·licitant

Certificat de defunció

Factura/es original/s de les despeses relacionades amb l'òbit

Comprovant de pagament en el que s'acrediti que la persona

sol·licitant ha satisfet el pagament de la factura

6. 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

7. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte:

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals.

C. Joan Maragall, 3. AD500 Andorra la Vella. www.cass.ad

Informació complementària: Àrea de control Mèdicoadministrativa ☎ 870 831 a/e cmedic@cass.ad

Pàg. 2 de 2