

**Sol·licitud per al reemborsament
de tractaments i/o medicaments especialment costosos al 100%**

1. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

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

Autorització d'immigració de:

Residència i treball

Temporer

Fronterer

Altres [especificar]

vàlida fins

Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon:

fax:

correu electrònic:

2. Dades de la persona assegurada indirecta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de:

3. Sol·licito

El reemborsament del tractament i/o principi actiu que consta a l'informe mèdic adjunt.

4. Declaro sota jurament/promesa

Que no tinc contractada cap pòlissa d'assegurança per malaltia complementària ni per a mi ni per als meus beneficiaris que es faci càrrec de la despesa mèdica (25% i 10%) no reemborsada per la CASS i motiu d'aquesta demanda.

5. Em comprometo

A informar de manera immediata la CASS en cas d'una contractació futura d'una pòlissa d'assegurança per malaltia complementària per a mi o els meus beneficiaris.

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.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspass de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

7. 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 indicat en l'apartat 1.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. (Els serveis de la CASS a avisaran al telèfon indicat en l'apartat 1)

Per correu postal a l'adreça indicada a l'apartat 1. (Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada al número de telèfon indicat a l'apartat 1)

En cas que les dades d'aquest sol·licitud siguin diferents de les registrades als fitxers de la CASS es procedirà d'ofici a la seva actualització

8. Signatures

El reembossament de fins al 100% de les tarifes de responsabilitat des de la data

[Signatura de la persona sol·licitant]

Lloc:

Data:

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, del 18 de desembre, 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, del 18 de desembre, de protecció de dades personals.