

**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
<b>Total</b>				

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. Signatura

[Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

**Lloc:**

**Data:**

### Espai reservat a la CASS

Resolució:                    favorable                    desfavorable

Data d'efecte: :

**Protecció de dades.** Als efectes del que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals, us informem que les dades ja 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 del 2006, que regula els fitxers de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm.74, any 18, del 27/09/2006. En relació a 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.