

**Sol·licitud d'afiliació, alta i baixa en el règim de les persones assegurades
voluntàries a la branca general
(article 223 quater de la Llei 18/2014)**

Afiliació/ Alta

Baixa

1. Dades de la persona sol·licitant

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: Telèfon fix:

Fax: Correu electrònic:

3. Compte bancari (3)

Per a domiciliar les cotitzacions:

Entitat bancària (codi IBAN):

Per a domiciliar les prestacions:

Entitat bancària (codi IBAN):

4. Declaro

Que a la data del present formulari, resideixo a Andorra, no em trobo subjecte a cap altre règim de seguretat social, i figuro en una de les situacions següents:

He sigut beneficiari d'un capital de jubilació i acreditat haver residit a Andorra 10 anys immediatament anteriors a l'afiliació al règim especial.

Sóc persona assegurada indirecta major d'edat de la persona que ha percebut un capital de jubilació en qualitat de:

Cònjuge i/o parella de fet

Fill/a entre 18 i 25 anys estudiant en un establiment d'ensenyança reconegut i no treballa de forma regular.

Persona entre 18 i 25 totalment a càrrec de la persona assegurada directa o del cònjuge, que no treballa de forma regular i cursa estudis en un establiment d'ensenyança reconegut.

Incapacitat judicialment

Altres condicions de l'article 13 (especificar)

Que no realitzi cap activitat econòmica, per compte propi o d'altri i, en particular, no sóc titular de cap comerç, indústria o explotació agrícola o ramadera, no tinc el càrrec d'administrador en cap societat, i no percebo cap pensió que doni dret a cobertura sanitària.

Que informaré de qualsevol canvi en la situació personal que pugui afectar la meua afiliació.

5. Altres pensions

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

no percebo cap pensió i/o prestació.

percebo una pensió i/o prestació. Detallo aquesta pensió:

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 quin tipus

i la data de la sol·licitud / / .

6.Sol.licito

L'afiliació en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general mentre mantingui la meua residència a Andorra.

Si sóc estudiant, he d'aportar cada any la documentació que acrediti aquesta condició.

7. Acepto

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 acreditant la residència de 10 anys immediatament anteriors a l'afiliació si sou beneficiari d'un capital de jubilació	
Certificat de residència del Comú per la persona assegurada indirecta major d'edat	
Certificat acreditant que està realitzant estudis oficials en un establiment d'ensenyança reconegut (a presentar cada curs)	
Documentació judicial d'incapacitació	
Certificat de matrimoni o de parella de fet del Registre Civil	
Altres (especificar)	

9.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.

C. Joan Maragall, 3. AD500 Andorra la Vella. Tel. +376 870 870 Fax +376 860 986 www.cass.ad cass@cass.ad

Informació complementària: Àrea d'Atenció al Públic ☎ 143 a/e public@cass.ad

Pàg. 3 de 3