

Sol·licitud de reembossament del 100% de les tarifes de responsabilitat

(article 139 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social i Reglament regulador de les prestacions de reembossament fins al 100% de les tarifes de responsabilitat de la Caixa Andorrana de Seguretat Social)

1. Dades de la persona assegurada directa

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Telèfon:

correu electrònic:

2. Dades de la persona assegurada indirecta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

3. Col·lectiu

Pensionista d'orfenesa

Persona discapacitada que rep una pensió de solidaritat

Pensió d'invalidesa derivada d'accident laboral o malaltia professional (superior al 60%)

Menors sota la protecció del Govern mitjançant resolució judicial

Persones incapacitades judicialment que resten sota curatela o tutela del Govern o d'altres institucions tutelars participades o constituïdes pel Govern.

Menors d'edat que s'hagi reconegut una discapacitat

Malaltia comuna incompatible amb treball

Altres [indiqueu-lo]:

4. Assegurança complementària (si és el cas)

Indicar el nom de la companyia:

SI

NO

Aportar un certificat de la companyia asseguradora.

5. 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.

6. 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.

7. 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 certificar l'exactitud de les dades declarades i 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 traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

8. Sol·licito

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

9. Adjunto la documentació següent

Certificat de la CONAVA (discapacitats Govern)	
Document oficial conforme la persona està incapacitada judicialment i sota la curatela o tutela de Govern o de institucions tutelars o participades pel Govern	
Resolució judicial (menors sota protecció del Govern)	
Document oficial conforme la persona està incapacitada judicialment i sota la tutela de Govern	
Si s'escau, Certificat de l'assegurança complementària	
Altres (especifiqueu-ho):	

10. Signatura

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada directa]

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada indirecta]

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, de 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.