

Sol·licitud de documents duplicats**1. Dades de la persona sol·licitant**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement: ____ / ____ / ____

Nacionalitat:

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

Adreça: núm.: esc.: pis: porta:

Població: parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: fax: correu electrònic:

2. Sol·licito

Fulls de malaltia / Fulls d'odontologia / Fulls electrònics

Núm.:	Núm.:	Núm.:
Núm.:	Núm.:	Núm.:
Núm.:	Núm.:	Núm.:
Núm.:	Núm.:	Núm.:

Certificat de baixa mèdica Data: ____ / ____ / ____

Certificat de final descriptiu Data: ____ / ____ / ____

Duplicats dels fulls de cotització Període: ____ / ____ fins al: ____ / ____

Llistat de despeses mèdiques Període: ____ / ____ fins al: ____ / ____

Altres (especifiqueu-ho)

3. Motiu de la sol·licitud

Assegurança complementària Accident de treball

Accident de circulació Data de l'accident: ____ / ____ / ____

Altres (especifiqueu-ho):

4. 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 si no recullo el document que he sol·licitat en un termini de 30 dies, aquest serà eliminat i hauré de fer una nova sol·licitud.

5. Signatura**Lloc:****Data:** / /

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, 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 de protecció de dades personals.