caixa andorrana seguretat social

Segell d'entrada (espai reservat a la CASS)

Sol·licitud per complementar la base de cotització mensual d'una persona assalariada
(article 99 del text refós de la Llei 17/2008)

☐ Alta ☐ Baixa

1. Dades de la persona assalariada

Núm. CASS: | | | | | | | |

Cognoms i nom:

2. Dades de contacte

Telèfons fix: Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari https://www.cass.ad/tramits/cass-0054

3. Declaro

Que el meu salari mensual és inferior al salari mínim mensual oficial i no em dona dret a les prestacions de la branca general.

Que no realitzo cap activitat econòmica per compte propi, no sóc titular de cap comerç, indústria o explotació agrària, no tinc cap autorització per realitzar una activitat econòmica com a professió titulada per compte propi, ni tinc el càrrec d'administrador en cap societat.

Que no sóc tributari de cap pensió o prestació que em doni dret a cobertura sanitària.

4. Em dono per assabentat

Que per tenir dret a les prestacions de la branca general, s'ha de complementar la base de cotització amb una quantitat que sumada a la cotització sigui igual al salari mínim mensual oficial.

Que aquesta declaració s'ha de fer mensualment en el termini de 15 dies naturals a través:

-Del certificat digital (heu de fer la sol·licitud al portal de la CASS (www.cass.ad) i posteriorment signar el contracte a l'Àrea d'Atenció al Públic.

CASS – 0087
11/03/2025

Que em comprometo a comunicar a la CASS qualsevol canvi en relació amb la meva situació personal.

5. Sol·licito

Poder efectuar mensualment el complement de la meva base de cotització mensual per tenir dret a les prestacions de la branca general, en les formes i els terminis indicats en l'apartat anterior, de conformitat amb la legislació vigent i els reglaments que la desenvolupen.
Aquesta sol·licitud pren efecte a la data de la seva presentació i mentre no es comuniqui la seva baixa.

6. Accepto

Que em dono per assabentat/da dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

7. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.

8. Signatura

[Signatura i nom i cognoms de la persona sol·licitant]

Lloc: **Data**

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte

CASS – 0087
11/03/2025