

## Sol·licitud d'alta mèdica voluntària

### 1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Data de naixement:

Cognoms i nom:

Referència prestació incapacitat temporal: **AT**

### 2. Sol·licito

Que mitjançant el present document i en relació amb la situació d'incapacitat temporal iniciada el dia \_\_\_\_\_ sol·licito l'alta mèdica voluntària a comptar del dia \_\_\_\_\_ pel motiu següent:

### 3. Accepto

Que em dono per assabentat/da que a comptar de l'alta mèdica queda extingida la prestació econòmica per incapacitat temporal, i que em faig responsable de les conseqüències que puguin derivar de l'alta mèdica voluntària sol·licitada, quedant lliure de qualsevol responsabilitat la Caixa Andorrana de Seguretat Social i el metge/ssa que rep l'alta mèdica voluntària.

### 4. 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.



### 5. Signatura

Lloc:

Data

### Espai reservat a la CASS

La CASS dona curs a l'alta mèdica sol·licitada

Data d'efecte:

**Metge/ssa que rep l'alta  
(signatura)**