

**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 17/2008, de la seguretat social amb les seves modificacions)**

| Afiliació alta                             | Variació de dades  | Baixa                |
|--------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| <b>1. Dades de la persona sol·licitant</b> |                    |                      |
| Núm. CASS:                                 |                    |                      |
| Cognoms i nom:                             |                    |                      |
| Data de naixement:                         | Lloc de naixement: |                      |
| Estat civil:                               | Nacionalitat:      |                      |
| Passaport Núm.                             | DNI. Núm.          |                      |
| Tipus d'autorització de treball:           |                    |                      |
| Residència i treball                       | No procedeix       | Altres (especificar) |

**2. Adreça personal**

Adreça:

|                      |              |      |     |       |
|----------------------|--------------|------|-----|-------|
| Complement d'adreça: | Núm:         | Esc: | Pis | Porta |
| Població:            | Parròquia:   |      |     |       |
| País:                | Codi Postal: |      |     |       |
| Telèfon mòbil:       | Telèfon fix: |      |     |       |
| Correu electrònic:   |              |      |     |       |

**3. Compte bancari**

**Per a domiciliar les cotitzacions:**

Entitat bancària (codi IBAN):

**Per a domiciliar les prestacions:**

Entitat bancària (codi IBAN):

S'ha de complimentar el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a <https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>.

#### 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, no em trobo subjecte a cap altre règim, acreditat haver residit a Andorra 10 anys immediatament anteriors a l'afiliació al règim especial, i mantinc aquesta residència.

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 que 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.

Incapacitat judicialment

Altra condició de l'article 13 (especificar)

Persona major d'edat assegurada indirecta en el moment de la defunció de l'assegurat directe i mantinc la residència a Andorra

Tenir la condició de compte propi abans de l'1 de novembre del 2009 i disposar d'un termini fins el 30 de juny del 2013 per regular la meua situació i adaptar-me al que disposa la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social i no estar actualment obligat/da a assegurar-me d'acord amb aquesta llei.

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

La meva afiliació en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general mentre mantingui la meva residència a Andorra.

L'acceptació de la variació de dades en el règim de les persones assegurades a la branca general referenciada en el present formulari.

La meva baixa en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general.

## 7. Em dono per assabentat/da

Que la cotització en aquesta règim especial només dona dret a gaudir de les prestacions de reembossament (llevat del reembossament fins al 100% per recursos econòmics insuficients).

Que l'obligació de cotitzar és del 10% a la branca general en base amb el salari global mensual mitjà cotitzat pel conjunt de les persones assalariades a la CASS de l'any natural immediatament anterior.

Que per tenir dret a les prestacions he d'estar al corrent de les cotitzacions.

Que només es poden donar dret a l'afiliació de persones assegurades indirectes menors d'edat.

## 8. Accepto

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.

## 9. 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. 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.



---

## 10. Signatures

---

[Signatura de la persona sol·licitant]

**Lloc:**

**Data:**

### Espai reservat a la CASS

Resolució:                      favorable                      desfavorable

Data d'efecte: