

Sol·licitud de persona assegurada indirecta**Alta****Variació de dades****Baixa****1. Dades de la persona assegurada directa**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement: ____/____/____ Lloc de naixement:

Estat civil: _____ Sexe: M F

Nacionalitat:

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

Autorització d'immigració de:

Residència i treball Temporera Fronterera Altres [especificar]

Vàlida fins a: ____/____/____

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.: _____ esc.: _____ pis: _____ porta: _____

Població:

Parròquia:

País: _____ codi postal: _____

Telèfon: _____ fax: _____

Correu electrònic:

2. Sol·licito que s'inscrigui com a persona assegurada indirecta

Cònjuge o parella de fet

Fill/a

Menor de 18 anys

Entre 18 - 25 anys (que cursi estudis)

Persona totalment a càrrec

Menor de 18 anys

Entre 18 - 25 anys (que cursi estudis)

Menor amb tutor o guarda que es confia a una persona física

Fill/a major de 18 anys que té a càrrec germans menors de 18 anys

Persona incapacitada judicialment a qui es nomena tutor o curador

Nét/a d'una persona assegurada directa a càrrec d'un fill/a menor de 18 anys

3. Dades de la persona assegurada indirecta

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement: ____/____/____ Lloc de naixement:

Estat civil: Sexe: M F

Nacionalitat:

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

Autorització d'immigració de:

Residència i treball Temporer Altres [especificar]

Vàlida fins a: ____/____/____

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.: esc.: pis: porta:

Població:

Parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: fax:

Correu electrònic:

4. Declaro

Que la persona assegurada indirecta es troba al meu càrrec, no realitza cap activitat econòmica, per compte propi o d'altri i, en particular, no és titular de cap comerç, indústria o explotació agrícola o ramadera, no té el càrrec d'administrador en cap societat, i no percep cap pensió que li doni dret a cobertura sanitària.

Que informaré de qualsevol canvi en la situació personal que pugui afectar l'afiliació de la persona assegurada indirecta.

5. 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 corresponent.

6. Signatures

Signatura de la persona assegurada directa] [Signatura de la persona assegurada indirecta si és major d'edat]

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, del 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.

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: ____/____/____