

**Sol·licitud de reembossament del 90% (actes ambulatoris) i del 100% (actes hospitalaris) de les tarifes de responsabilitat**

(article 139 del text consolidat de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social i Reglament regulador de les prestacions de reembossament fins al 100% de les tarifes de responsabilitat de la Caixa Andorrana de Seguretat Social)

**Per patologia**

**Per tractament i/o medicaments especialment costosos**

---

**1. Dades de la persona assegurada directa**

---

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement

Document que us identifica: Passaport

Document d'identitat núm. :

---

**2. Adreça personal**

---

Adreça:

Complement d'adreça: Núm.: Esc.: Pis: Porta:

Població: parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: correu electrònic:

---

**3. Dades de la persona assegurada indirecta**

---

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

---

#### 4. Assegurança complementària (si és el cas)

---

Indicar si teniu contractada una assegurança complementària:

SI

Aporteu un certificat de la companyia asseguradora

NO

#### Declaro sota jurament /promesa)

Que no tinc contractada cap pòlissa d'assegurança per malaltia complementària ni per a mi ni per als meus beneficiaris que es faci càrrec de la despesa mèdica (25% i 10%) no reemborsada per la CASS i motiu d'aquesta demanda

---

#### 5. Em comprometo

---

A informar de manera immediata la CASS en cas d'una contractació futura d'una pòlissa d'assegurança per malaltia complementària per a mi o els meus beneficiaris.

---

#### 6. Accepto

---

Que m 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 el/la sotassinat/ada certifica l'exactitud de les dades declarades i autoritza la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

---

#### 7. Sol·licito

---

El reembossament fins al 100 % de les tarifes de responsabilitat des de la data

---

#### 8. Protecció de dades

---

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliți 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.



---

## 9. Comunicació de la resolució

---

Accepto i dono el meu consentiment perquè la comunicació de la resolució de la present sol·licitud es faci pels mitjans següents:

Per comunicació electrònica segura a l'adreça que he indicat en l'apartat 1.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. ( Els serveis de la CASS avisaran al telèfon indicat en l'apartat 1)

Per correu postal a l'adreça indicada a l'apartat 1. ( Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada al número de telèfon indicat a l'apartat 1)

---

## 10. Signatura

---

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada directa]

[Signatura i nom i cognoms de la persona assegurada indirecta ]

**Lloc:**

**Data:**