

**Sol·licitud del complement no contributiu de la pensió d'invalidesa derivada de malaltia
comuna o d'accident no laboral
(Article 170 bis Decret legislatiu del 16-09-2015)**

1era demanda

Renovació

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

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>

2. Declaro

Que tinc reconeguda una pensió d'invalidesa de la seguretat social andorrana derivada de malaltia de les:

Persones assegurades que poden continuar treballant.

Persones assegurades que queden incapacitades per exercir qualsevol activitat professional.

Que mantinc la residència legal al Principat d'Andorra i no tinc dret a una pensió de solidaritat prevista per la Llei de serveis socials i sociosanitaris.

3. Altres pensions

En relació amb les pensions percebudes d'organismes estrangers, declaro:

Que no percebo cap pensió d'invalidesa malaltia comuna o accident no laboral.

Que percebo alguna pensió d'invalidesa malaltia comuna o accident no laboral que passo a detallar:

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 quina i la data de la sol·licitud

4. Sol·licito

Que em sigui reconegut el complement no contributiu de la pensió d'invalidesa previst per l'article 170 bis de la legislació vigent de la seguretat social.

5. Adjunto la documentació següent

Fotocòpia del passaport o del document d'identitat	
Certificat de residència del Comú	
Documentació acreditativa si teniu reconeguda una pensió de la seguretat social en un altre estat	
Altres (especificar)	

6. 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)

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

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindrè actualitzades.

Nom i cognoms i signatura persona sol·licitant]

Lloc:

Data

Espai reservat a la CASS		
Resolució:	favorable	desfavorable
Data d'efecte:		