

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 18/2014)

1. Dades de la persona sol·licitant

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 i acredito haver residit a Andorra 10 anys immediatament anteriors a l'afiliació al règim especial.

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

Altres condicions de l'article 13 (especificar)

Persona major d'edat assegurada indirecta en el moment de la defunció de l'assegurat directe.

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

L'afiliació en el règim de les persones assegurades voluntàries a la branca general mentre mantingui la meua residència a Andorra.

7. 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

8. 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

Persona responsable de l'empresa

Segell de l'empresa

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS

Resolució: favorable desfavorable

Data d'efecte: