

Fitxa de Sol·licitud

Dades assegurat:

Número assegurat:

Nom i cognoms:

Telèfon:

Sol·licituds:

Sol·licitud volant desplaçament

S'inclou l'assegurat: Sí No

Números Beneficiaris:

Data inici formulari:

Data fi formulari:

Espanya

França

Portugal

Reclamacions

Pagament atur de treball Data inici atur

Fulls de malaltia:

Targeta sanitària

Duplicat targeta sanitària (3 euros)

Sol·licitud de volant mèdic per a l'estranger

Data visita:

Nom metge o hospital:

Especialitat:

Motiu visita:

Visita

Prova (adjuntar fotocòpia recepta)

Intervenció (adjuntar fotocòpia informe sol·licitant intervenció)

Sol·licitud de fotocòpies

Sol·licitud de demanda de certificats

Vida laboral

Afiliació Assegurat / Beneficiari

Tipus pensions percebuda i import

Empresa al corrent de pagament Número empresa:

Llistat d'empleats d'alta

Altres:

Data sol·licitud

Signatura assegurat

Signatura responsable empresa

Per la signatura d'aquest document atorgo el meu consentiment exprés perquè la present sol·licitud pugui ser tramesa a la CASS a els efectes pertinents.
Aquesta sol·licitud està subjecta a la Llei 15/2003 qualificada de protecció de dades personals i a la reglamentació vigent pel que fa al règim de protecció de dades personals"