

Autorització de transmissió de dades personals a les companyies asseguradores

1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport Núm.

Document d'identitat Núm.:

Adreça: Núm.: Esc.: Pis: Porta:

Població: Parròquia:

País: Codi postal:

Telèfon: Correu electrònic

2. Representant legal (si cal)

Núm. CASS:

Nom de la persona:

En qualitat de (pare, mare, tutor...):

3. Autoritzo

La Caixa Andorrana de Seguretat Social i li **atorgo el consentiment exprés** per comunicar les meves/nostres **dades personals** sobre la identificació de la persona beneficiària de la prestació, la data de l'acte mèdic, la naturalesa de l'acte mèdic abonat, l'import de la prestació mèdica, l'import de la tarifa de responsabilitat i el percentatge abonat per la CASS a la companyia asseguradora, amb l'única i exclusiva finalitat que la companyia asseguradora esmentada pugui procedir al pagament de prestacions mèdiques que em corresponen.

Aquesta autorització està subjecta a la Llei 15/2003 qualificada de protecció de dades personals, a la reglamentació vigent pel que fa al règim de protecció de dades personals, i a les condicions generals especificades al dors del present document.

Queden sense efecte les autoritzacions prèvies de transmissió de dades personals que hagi signat.

4. Nom de la companyia asseguradora autoritzada

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 corresponents.

6. 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.



7. Signatura

Persona assegurada (major de 18 anys) o representant legal]

[Vistiplau de la companyia asseguradora]

Faig constar que he llegit i accepto les condicions generals que consten al dors d'aquest document

Lloc:

Data:

Condicions de l'autorització de la transmissió de les dades personals de la persona assegurada per part de la CASS a les companyies asseguradores

Primera. Objectiu i finalitat de l'autorització

L'objectiu de l'autorització és l'atorgament del consentiment exprés de la persona assegurada perquè la CASS pugui transmetre a la companyia d'assegurances que s'indica determinades dades

personals sensibles de salut definides prèviament, de la persona que autoritza. La transmissió de les dades es fa amb l'única finalitat que es pugui procedir al pagament de prestacions d'una assegurança de salut.

Segona. Dades subjectes a la transmissió

Les dades personals que la persona assegurada autoritza, mitjançant la signatura del present document, que siguin transmeses a la companyia d'assegurances són les següents: la identificació de la persona assegurada que dóna drets, la persona beneficiària de la prestació, la data de l'acte mèdic, la naturalesa de l'acte abonat, l'import de la prestació mèdica que s'abona, l'import de la tarifa de responsabilitat i el percentatge abonat.

Tercera. Exercici dels drets d'accés, rectificació, supressió i oposició

La persona signatària d'aquest document pot exercir davant la CASS els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició en els termes definits per la Llei 15/2003 del 18 de desembre, qualificada de protecció de dades personals i amb les excepcions previstes per la mateixa Llei.

Quarta. Durada de l'autorització

L'autorització té plena vigència fins que no sigui revocada expressament per la persona assegurada mitjançant notificació per escrit a la CASS. Si la CASS té coneixement fefaent que la relació contractual entre la persona assegurada i la companyia d'assegurances ha finalitzat, podrà, d'ofici, deixar-la sense efecte.

Cinquena. Procediment de comunicació de les dades

La CASS es compromet que la transmissió de les dades personals de la persona assegurada a les companyies asseguradores es faci amb els mitjans de transmissió que assegurin la màxima seguretat i confidencialitat.

Sisena. Exoneració de responsabilitat

La CASS no és responsable de la utilització que puguin fer les companyies asseguradores de les dades personals de la persona assegurada més enllà de les finalitats per a les quals han estat cedides.

Setena. Submissió de jurisdicció

Totes les qüestions i divergències que puguin sorgir entre la CASS i la persona signatària d'aquesta autorització per raó de la interpretació, l'aplicació o l'execució de la present autorització se sotmetran als tribunals andorrans amb renúncia expressa a qualsevol altre fur o jurisdicció que els pugui correspondre.