

Revocació de l'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 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 i cognoms:

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

3. Revoco l'autoritzo

Que vaig donar a la Caixa Andorrana de Seguretat Social 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 que indico en aquest document.

Nom de la companyia asseguradora:

4. 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

5. 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.



6. Signatura

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

Lloc:

Data: