

**Declaració de dades d'un titular d'un formulari de
Conveni de Seguretat Social**

1. Dades de la persona titular del formulari de Conveni

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Núm: de Passaport:

Núm: DNI:

2. Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic:

3. Tipus de formulari de conveni

E/AND-11: Certificat de dret a l'assistència sanitària durant una estada a Andorra per assegurats Espanyols.

En cas d'accident d'esquí va adquirir una assegurança?

SI (*)

NO

(*) En cas afirmatiu ha de trametre un certificat de la companyia indicant l'import pres encàrrec.

SE130-04: Certificat de dret a l'assistència sanitària durant una estada a Andorra per assegurats Francesos.

P/AND-3: Certificat de dret a l'assistència sanitària durant una estada a Andorra per assegurats Portuguesos

3. Compte bancari

Codi Iban:

Entitat bancària:

Titular del Compte:

4. Autoritzo a la CASS

A abonar els rebuts a nom meu i dels meus beneficiaris a l'entitat bancària i al compte bancari que indico en aquest document. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revocui per escrit

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

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

[Nom i cognoms i signatura persona titular]

Lloc:

Data

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: