
Sol·licitud de suspensió de transmissió de dades a les companyies asseguradores

1. Dades del sol·licitant

Núm. CASS:

Nom de la companyia asseguradora:

2. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

3. Suspensió de la transmissió

La persona assegurada va donar a la CASS la seva autorització per comunicar les seves dades personals a la companyia d'assegurances citada en l'apartat 1.

Prestacions reemborsament

Prestacions salari

En haver quedat resolta la pòlissa d'assegurances, es demana la suspensió de la transmissió de dades personals a aquesta companyia d'assegurances.

4. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recapten, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general, no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant (el DPD) o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

5. Signatura

[Nom i cognoms de la persona representant de la companyia d'assegurances]

Lloc:

Data: