

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: fax: correu electrònic:

2. Representant legal (si cal)

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

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

3. Revoco l'autorització

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. Signatura

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

Lloc:

Data: / /

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals.