

Autorització per a la modificació de dades de pensionistes
Canvi d'adreça **Compte bancari****1. Dades de la persona que autoritza**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement: ____ / ____ / ____

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport Document d'identitat Núm.:

Adreça: núm.: esc.: pis: porta:

Complement d'adreça: Població: Parròquia:

País: Codi postal:

Telèfon: fax: correu electrònic:

2. Dades del compte bancari

Codi IBAN:

Entitat bancària:

Titular del compte bancari:

3. Autoritzo la CASS

A abonar els rebuts a nom meu a l'entitat bancària que indico en aquest document. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revocui per escrit.

4. Autoritzo el banc especificat en aquest document

A debitar o abonar en el meu compte sense avís previ tots els rebuts emesos per la CASS. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revocui per escrit.

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. Signatura

[Persona sol·licitant]

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, de 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.