

Comunicat d'accident de circulació o lesions corporals

1. Dades de la persona assegurada lesionada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Telèfon:

correu electrònic:

2. Dades de l'accident o de l'incident

Lloc:

Data:

Altres lesionats:

3. Descripció de l'accident

4. Companyies d'assegurances

Nom de la companyia de la persona assegurada:

Conductor:

Matrícula:

Nom de la companyia de la persona responsable (si n'hi ha):

Cognoms i nom de la persona responsable:

Matrícula:

5. Altres dades

Cognoms i nom de l'advocat/ada:

Hi ha hagut atestat de la Policia / Servei de circulació: Sí No

6. Accepto

Que aquesta declaració serà tramitada per la CASS per donar compliment a les accions previstes per l'article 90 del Text Consolidat de la Llei 17/2008 del 3 d'octubre, de la Seguretat Social.

Que dono el meu consentiment exprés a la CASS per fer peticions i trametre informació de dades personals a tercers, i especialment, per al rescabament de prestacions en supòsit d'accidents i incidents amb tercer responsable en el marc de la normativa de la seguretat social.

7. Signatura

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.

CASS-0033
16/12/2016