

Comunicat d'accident de circulació o lesions corporals

1.Dades de la persona lesionada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de:

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):

Cognom 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.

Si

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. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti 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.



8. Signatura

Lloc:

Data: