

## Revocació de l'autorització de transmissió de dades personals sobre salari 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:      Correu electrònic

### 2. Revoco l'autorització

Que vaig donar a la Caixa Andorrana de Seguretat Social autorització per comunicar les meves **dades personals** en cas d'atur de treball sobre el salari base diari, la data de l'inici del pagament, la data de la fi de pagament, el percentatge de reemborsament i l'import abonat per la CASS a la companyia asseguradora especificada a continuació, amb l'única i exclusiva finalitat que la companyia asseguradora procedís al pagament de les prestacions de salari

### 3. 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. Protecció de dades

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



---

## 6. Signatura

---

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

**Lloc:**

**Data:**