

## 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 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.



---

## 8. Signatura

---

Lloc:

Data: