caixa andorrana seguretat social

Segell d'entrada (espai reservat a la CASS)

Núm. accident laboral

Declaració d'accident laboral

1. Hi ha baixa mèdica? ☐ Sí ☐ No ☐ Defunció

2. Dades del cotitzant

Núm. CASS de l'empresa: _____ Nom de l'empresa: _____

Adreça: _____ núm.: ____ esc.: ____ pis: ____ porta: _____

Població: _____ parròquia: _____ codi postal: _____

Telèfon: _____ correu electrònic: _____

3. Dades de la persona accidentada

Núm. CASS: _____ Cognoms i nom: _____

Data d'alta a l'empresa: _____ CNO: _____

Metge referent: _____

4. Dades del lloc de treball de la persona accidentada

Horari de treball: De ____ a ____ i de ____ a ____

☐ Comerç ☐ Oficina ☐ Obra ☐ Casa particular (servei domèstic)

☐ Altre lloc [especifiqueu-lo] _____

5. Dades de l'accident

Data: _____ Hora: _____

Lloc de l'accident: _____

☐ Lloc habitual ☐ Lloc ocasional

☐ En un desplaçament enviat per l'empresa ☐ De casa a la feina o de la feina a casa

Adreça: _____

Circumstàncies detallades de l'accident de treball (indiqueu màquina o mitjà de locomoció...) , tipus de lesió (punxada, torçada...), part del cos lesionada

CASS-0018
12/05/2022

Com ha estat informada l'empresa

L'accident ha estat: ☐ Constatat ☐ Conegut ☐ Pel patró
☐ Descrit per la víctima ☐ Per una altra persona: _____

Altres víctimes L'accident ha produït altres víctimes? ☐ Sí ☐ No

6. Dades dels testimonis

1. Cognoms i nom: _____

Adreça: _____

Telèfon: _____ correu electrònic: _____

2. Cognoms i nom: _____

Adreça: _____

Telèfon: _____ correu electrònic: _____

7. Informe i tercers responsables

Hi ha hagut algun informe oficial? ☐ Sí ☐ No

Qui l'ha fet?

☐ Policia ☐ Servei de circulació ☐ Altres [especifiqueu-lo] _____

Hi ha un tercera persona responsable? ☐ Sí ☐ No

Si hi ha tercera persona responsable, poseu les seves dades:

Cognoms i nom: _____

Adreça: _____

Telèfon: _____ correu electrònic: _____

Companyia d'assegurances: _____ matrícula del vehicle: _____

8. 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.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

9. Dades de la persona responsable que signa la declaració

Núm. CASS : Cognoms i nom:

En qualitat de:

10. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recapten, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

11. Segell i signatura

Segell

Persona responsable de l'empresa

Lloc **Data**

Espai reservat a la CASS

Valoració: Data:

Signatura i cognom

CASS-0018
12/05/2022