

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: fax: correu electrònic:

**3. Dades de la persona accidentada**

Núm. CASS: Cognoms i nom:  
Data d'alta a l'empresa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CNO:

**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**

**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. Segell i signatura**

	Segell				Persona responsable de l'empresa
<b>Lloc</b>		<b>Data</b>	/	/	

**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.

**Espai reservat a la CASS**

Valoració:                                      Data:      /      /

Signatura