

QÜESTIONARI DE SALUT

A continuació, s'exposen una sèrie de preguntes amb relació a les malalties i altres aspectes relatius a l'estat de salut. En cas que vostè presenti, o hagi presentat al llarg de la seva vida, cap d'aquests problemes, li preguem que marqui la casella de resposta afirmativa amb una X.

Advertència: Es prega a l'interessat que respongui totes les preguntes de manera completa i precisa i s'abstingui de substituir les respostes per línies o altres signes.

Nom i cognoms

Adreça / Codi postal / Població.....

NIF / NIE..... Data de naixement / / Edat Sexe Estat civil Nombre de fills

Professió Pes kg. Alçada m. Telèfons /

Correu electrònic

Ha estat assegurat anteriorment a la nostra entitat? NO Sí (data de baixa):

Els últims 12 mesos ha estat assegurat en una altra entitat? NO Sí (indiqui quina):

1. Té actualment algun problema de salut?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
2. Ha estat intervingut quirúrgicament o hospitalitzat en alguna ocasió?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
3. Té previst algun ingrés o intervenció quirúrgica?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
4. En l'últim any, li han realitzat algun procediment diagnòstic o terapèutic?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
5. Se sotmet de manera periòdica a algun procediment diagnòstic o terapèutic?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
6. Pren algun medicament de manera habitual?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
7. Ha patit algun tipus de càncer, tumor, leucèmia, limfoma o malaltia greu?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
8. Té o ha tingut algun problema de cor, circulatori o respiratori? (Ex.: angina, infart, arítmies, insuficiència cardíaca, trombosi, emfisema etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
9. Té o ha tingut problemes del sistema nerviós, dels ulls o de les orelles? (Ex.: ictus, epilèpsia, Parkinson, demència, glaucoma, cataractes, problemes de retina, miopia magna (més de 8 diòptries), otosclerosi, colesteatoma etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
10. Té o ha tingut problemes endocrins o de l'aparell digestiu? (Ex.: diabetis, problemes de tiroides, còlics biliars, hepatitis crònica, cirrosi, colitis ulcerosa, malaltia de Crohn, úlcera gastroduodenal etc.)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
11. Té o ha tingut algun problema reumatològic, articular o muscular? (Ex.: artritis, fibromiàlgia, hèrnia discal, escoliosi severa, patologia del genoll o maluc, malalties autoimmunes, lupus, etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
12. Té o ha tingut algun problema psiquiàtric? (Ex.: ansietat, depressió, esquizofrènia, psicosi, trastorn bipolar, anorèxia, bulímia, drogodependència, etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
13. Té o ha tingut algun problema de l'aparell geniturinari o ginecològic? (Ex.: insuficiència renal crònica, còlics de ronyó, miomes, virus del papil·loma (CIN 3), etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
14. Té o ha tingut alguna altra malaltia, lesió o afecció que no li hàgim preguntat?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí

En cas de resposta afirmativa, indiqui a continuació el número de pregunta, descripció del problema, data de presentació i situació actual i aporti els INFORMES MÈDICS dels quals disposi:

.....
.....
.....
.....

Afirmo que són exactes i veraces totes les circumstàncies declarades per mi en el present "QÜESTIONARI DE SALUT" que serviran de base al contracte a subscriure. He estat informat que, d'acord amb l'article 10 de la Llei de Contractes d'Assegurances, en cas de reserva o inexactitud en omplir la present declaració, la persona assegurada perdrà el dret a la prestació garantida, reservant l'entitat la facultat de rescindir automàticament el contracte. De la mateixa manera, per a aquells assegurats que renovin o subscriguin un nou contracte a Assistència Sanitària, les respostes a aquest qüestionari podran ser contrastades amb l'experiència passada de sinistralitat de l'assegurat gestionada per aquesta Entitat.

Adicionalment, en el cas que les dades facilitades es refereixin a persones físiques diferents del o dels signants, el o els signants manifesten haver-lo/los informat o informar del contingut de la clàusula de Protecció de Dades inclosa en aquest qüestionari i obtingut el consentiment previ d'aquells per al tractament de les seves dades.

....., de de

NIF/NIE

.....
(signatura)

- En nom propi.
 Com a representant legal de l'assegurat menor d'edat o incapacitat.

- **PROTECCIÓ DE DADES: INFORMACIÓ, CONSENTIMENT, CONFIDENCIALITAT I DRETS DE L'ASSEGURAT.**
- **DOCUMENT PER A LA RECOLLIDA DE SIGNATURES (per a la seva digitalització a l'efecte exclusivament del control personalitzat del servei).**



**Assistència
Sanitària**

1. En aplicació de la normativa sobre protecció de dades personals, se l'informa del següent, podent accedir a informació detallada al següent enllaç www.asc.es/ca/proteccio-de-dades:

Responsable	ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS (ASCSA) Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona asc@asc.cat Dades de contacte del Delegat de Protecció de Dades (DPO) d'ASCSA: Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona dpd@asc.cat
Finalitat	Subscripció, manteniment, compliment i eventual novació del contracte d'assegurança. Incorporació a un fitxer d'ASCSA amb la finalitat d'adoptar mesures efectives per prevenir, impedir, identificar, detectar, informar i pal·liar conductes fraudulentament relatives a assegurances, podent-se tractar dades especialment protegides. Les dades personals es conservaran mentre es trobi vigent el contracte i un cop finalitzat seran bloquejades fins que transcorrin els terminis de prescripció aplicables. Les dades personals incorporades al fitxer de prevenció del frau seran conservades durant el termini necessari per garantir la finalitat de lluita contra el frau en assegurances. Així mateix, amb la finalitat de poder oferir-li productes i serveis d'acord amb els seus interessos, podem elaborar un perfil comercial sobre la base de la informació facilitada.
Legitimació	Execució del contracte d'assegurança, art. 10 Llei 50/1980, art. 99 i 100 Llei 20/2015. L'interessat està obligat a proporcionar les dades sol·licitades en el present qüestionari, i en cas de no facilitar-les, no serà possible la subscripció del contracte.
Destinataris	Entitats del Grup o vinculades (SCIAS, SCCL; Autogestió Sanitària, SCCL; BIOPAT, SL; AIALE, SA; CIRHAB, SL, ANDAIRA, SL), així com a l'Entitat que presti l'Assegurança d'Assistència de Viatge als assegurats d'ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS, a terceres entitats quan ho permeti la legislació vigent i a Administracions Públiques i Jutjats i Tribunals quan així ho exigeixi la legislació vigent
Drets	Accés, rectificació, cancel·lació, oposició, portabilitat, limitació i no ser objecte de decisions automatitzades. Quan l'interessat hagi atorgat el consentiment per a l'enviament de comunicacions comercials del Grup ASCSA o vinculades, tindrà dret a retirar el consentiment en qualsevol moment, sense que això afecti a la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seva retirada. L'exercici dels drets es podrà efectuar contactant amb ASCSA, adjuntant còpia escanejada del DNI o document equivalent, indicant el dret que es pretén exercir i respecte de quins tractaments, a través de les següents vies: - Davant del Delegat de Protecció de Dades mitjançant correu adreçat a dpd@asc.cat - Mitjançant correu electrònic adreçat a asc@asc.cat - Mitjançant correu postal adreçat a ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS a Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona. L'interessat podrà presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades a través de la seva seu electrònica.

Autoritzo l'enviament de comunicacions comercials per via postal, electrònica i/o telefònica sobre productes i serveis i ofertes o promocions especials d'empreses integrades en el Grup ASCSA o vinculades.

_____ , _____ de _____ de _____

Número de la persona assegurada
(Signi dins del requadre si ho fa en nom propi)

Número de la persona assegurada
(Signi aquí com a pare, mare o tutor legal en el cas dels menors d'edat)

NOM I COGNOMS: _____

NIF/NIE: _____

PERSONA ASSEGURADA: _____