

CUESTIONARIO DE SALUD

A continuació, se exposen una serie de preguntes relacionades amb malalties i altres aspectes relacionats amb l'estat de salut. En el cas de que usted presente, o hagi presentat a lo llarg de la seva vida, algun d'aquests problemes, rogamus marqui la casella de resposta afirmativa amb una X.

Advertència: Se ruego al interesado que responda a todas las preguntas de manera completa y precisa, absteniéndose de sustituir las respuestas por líneas u otros signos.

Nombre y Apellidos

Domicilio / Código postal / Población

NIF / NIE..... Fecha de nacimiento / / Edad Sexo Estado civil Número de hijos

Profesión Peso kg. Estatura m. Teléfonos /

Correo electrónico

¿Ha estado asegurado anteriormente en nuestra entidad? NO SÍ (fecha de baja)

¿En los últimos 12 meses ha estado asegurado en otra entidad? NO SÍ (indique cual)

1. ¿Tiene actualmente algún problema de salud?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente u hospitalizado en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
3. ¿Tiene previsto algún ingreso o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
4. En el último año, ¿le han realizado algún procedimiento diagnóstico o terapéutico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
5. ¿Se somete de manera periódica a algún procedimiento diagnóstico o terapéutico?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
6. ¿Toma algún medicamento de manera habitual?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
7. ¿Ha padecido algún tipo de cáncer, tumor, leucemia, linfoma o enfermedad grave?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
8. ¿Tiene o ha tenido algún problema de corazón, circulatorio o respiratorio? (Ej.: angina, infarto, arritmias, insuficiencia cardíaca, trombosis, enfisema etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
9. ¿Tiene o ha tenido problemas del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos? (Ej.: ictus, epilepsia, Parkinson, demencia, glaucoma, cataratas, problemas de retina, miopía magna (más de 8 dioptrías), otosclerosis, colesteatoma etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
10. ¿Tiene o ha tenido problemas endocrinos o del aparato digestivo? (Ej.: diabetes, problemas de tiroides, cólicos biliares, hepatitis crónica, cirrosis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, úlcera gastroduodenal etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
11. ¿Tiene o ha tenido algún problema reumatológico, articular o muscular? (Ej.: artritis, fibromialgia, hernia discal, escoliosis severa, patología de la rodilla o cadera, enfermedades autoinmunes, lupus, etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
12. ¿Tiene o ha tenido algún problema psiquiátrico? (Ej.: ansiedad, depresión, esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, anorexia, bulimia, drogodependencia, etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
13. ¿Tiene o ha tenido algún problema del aparato genitourinario o ginecológico? (Ej.: insuficiencia renal crónica, cólicos de riñón, miomas, virus del papiloma (CIN 3), etc.).	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
14. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o afección que no le hayamos preguntado?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

En caso de respuesta afirmativa, indique a continuación el número de pregunta, descripción del problema, fecha de presentación y situación actual y aporte los INFORMES MÉDICOS de que disponga:

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

Afirmo que son exactas y veraces todas las circunstancias declaradas per mí en el presente "CUESTIONARIO DE SALUD" que servirán de base al contrato a suscribir. He sido informado que, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contratos de Seguros, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, la persona asegurada perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose la entidad la facultad de rescindir automáticamente el contrato. Asimismo, para aquellos asegurados que vayan a renovar o suscribir un nuevo contrato en Assistència Sanitària, las respuestas a este cuestionario podrán ser contrastadas con la experiencia pasada de siniestralidad del asegurado gestionada por esta Entidad.

Adicionalmente, en el caso que los datos facilitados se refieran a personas físicas diferentes del o los firmantes, el o los firmantes manifiestan haberle/s informado o informar del contenido de la cláusula de Protección de Datos incluida en este cuestionario y haber obtenido el consentimiento previo de aquellos para el tratamiento de sus datos.

..... de de

NIF/NIE

.....
(firma)

En nombre propio.

Como legal representante del asegurado menor de edad o incapacitado.

- **PROTECCIÓN DE DATOS: INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO, CONFIDENCIALIDAD Y DERECHOS DEL ASEGURADO**
- **DOCUMENTO PARA LA RECOGIDA DE FIRMAS (para su digitalización a efectos exclusivamente del control personalizado del servicio)**



1. En aplicación de la normativa sobre protección de datos personales, se le informa de lo siguiente, pudiendo acceder a información detallada en el enlace siguiente www.asc.es/es/proteccion-de-datos:

Responsable	ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS (ASCSA) Avda. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona asc@asc.cat Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (DPO) de ASCSA: Avda. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona dpd@asc.cat
Finalidad	Subscripción, mantenimiento, cumplimiento y eventual novación del contrato de seguro. Incorporación a un fichero de ASCSA con la finalidad de adoptar las medidas efectivas para prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y paliar conductas fraudulentas relativas a seguros, pudiéndose tratar datos especialmente protegidos. Los datos personales se conservarán durante la vigencia del contrato y, una vez finalizado, serán bloqueados hasta que transcurran los términos de prescripción aplicables. Los datos personales incorporados al fichero de prevención del fraude se conservarán durante el periodo necesario para garantizar la finalidad de la lucha contra el fraude en seguros. Asimismo, con la finalidad de poder ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses, podemos elaborar un perfil comercial sobre la base de la información facilitada.
Legitimación	Ejecución del contrato de seguros, art. 10 Ley 50/1980, art. 99 y 100 Ley 20/2015. El interesado está obligado a proporcionar los datos solicitados en el presente cuestionario y, en caso de no facilitarlos, no será posible la subscripción del contrato.
Destinatarios	Entidades del Grupo o vinculadas (SCIAS, SCCL; Autogestió Sanitària, SCCL; BIOPAT, SL; AIALE, SA; CIRHAB, SL, ANDAIRA, SL), así como a la Entidad que preste el Seguro de Asistencia en Viaje a los asegurados de ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS, a terceras entidades cuando lo permita la legislación vigente y a Administraciones Públicas y Juzgados y Tribunales cuando así lo exija la legislación vigente.
Derechos	Acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad, limitación y no ser objeto de decisiones automatizadas. Cuando el interesado haya otorgado el consentimiento para el envío de comunicaciones comerciales del Grupo ASCSA o vinculadas, tendrá derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. El ejercicio de los derechos se podrá efectuar contactando con ASCSA, adjuntando copia escaneada del DNI o documento equivalente, indicando el derecho que se pretende ejercer y respecto de qué tratamientos, a través de las vías siguientes: - Ante el Delegado de Protección de Datos mediante correo dirigido a dpd@asc.cat - Mediante correo electrónico dirigido a asc@asc.cat - Mediante correo postal dirigido a ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS en la Avda. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona. El interesado podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos a través de su sede electrónica.

Autorizo el envío de comunicaciones comerciales por vía postal, electrónica y/o telefónica sobre productos y servicios y ofertas o promociones especiales de empresas integradas en el Grupo ASCSA o vinculadas.

_____ , _____ de _____ de _____

--	--	--	--

Número de la persona asegurada

(Firme dentro del recuadro si es en nombre propio)

--	--	--	--

Número de la persona asegurada

(Firme aquí como padre, madre o tutor legal en el caso de los menores de edad)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

NIF/NIE: _____

PERSONA ASEGURADA: _____