

# Qüestionari de salut

Tona de Manuel  
tdemanuel@asc.cat  
696 759 185  
93 495 44 62



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

**\* En cas de resposta afirmativa a les preguntes del qüestionari de salut ompli la pàgina d'annexos.**

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 podrà perdre 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 subscriuguin 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.

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

[illegible]

- **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).**

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](http://www.asc.es/ca/proteccio-de-dades):

<b>Responsable</b>	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
<b>Finalitat</b>	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.
<b>Legitimació</b>	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.
<b>Destinatari</b>	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 tercers entitats quan ho permeti la legislació vigent i a Administracions Públiques i Jutjats i Tribunals quan així ho exigeixi la legislació vigent.
<b>Drets</b>	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'Agencia Española de Protección de Datos 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.

--	--	--	--	--	--	--	--

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: \_\_\_\_\_

