

## DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Nom i cognom \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DADES DE LA PERSONA QUE ES VOL ASSEGURAR (\*)

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Edat \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Pes \_\_\_\_\_ Alçada \_\_\_\_\_ Relació amb el sol·licitant \_\_\_\_\_ Número d'ordre \_\_\_\_\_

(\*) En cas que sigui una persona menor d'edat o incapacitada, aquest qüestionari l'ha d'emplenar el representant legal.

## DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DADES D'INTERÈS SANITARI

Nº	PREGUNTA	RESPOSTA	OBSERVACIONS
1	<p>Patiu o heu patit cap malaltia els últims cinc anys?</p> <p>Us han deixat cap lesió o seqüeles les malalties que heu patit fins ara?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne quina, la data, el tractament i l'evolució</p> <p>Especifiquen-les</p>
2	Heu estat intervingut en alguna ocasió, o heu estat ingressat en algun centre hospitalari?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne la data i el motiu
3	En quina data i per quin motiu vau anar al metge per última vegada?	<p>DATA</p> <p>...../...../.....</p>	<p>Motiu</p> <p>Especifiquen-ne l'especialitat i la pròxima data de consulta</p>
4	Patiu o heu patit cap defecte físic, deformitat, incapacitat o lesió congènita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne quin, el tractament i l'evolució
5	Heu patit cap traumatisme o accident?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne la data, el tractament i les seqüeles
6	<p>Esteu en l'actualitat sota control mèdic o feu alguna mena de tractament?</p> <p>D'acord amb el que sabeu del vostre estat de salut:</p> <p>a) Us consta que abans d'un any us haureu de fer algun estudi o tractament?</p> <p>b) Necessitareu dins d'aquest termini ingressar en un hospital?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne quin</p> <p>Especifiquen-ne quin</p> <p>Indiqueu-ne la causa</p>
7	<p>Sou o heu estat fumador?</p> <p>Consumiu o heu consumit habitualment begudes alcohòliques?</p> <p>Consumiu o heu consumit estupefaents?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne la quantitat diària</p> <p>Especifiquen-ne la quantitat diària i el tipus de begudes</p> <p>Especifiquen el tipus de producte</p>

El que subscriu declara, sota la seva responsabilitat, que les seves respostes a les preguntes formulades són certes i completes, i autoritza expressament SegurCaixa Adeslas perquè faci les comprovacions que consideri necessàries sobre l'origen i l'evolució de les malalties o mals dels quals, si procedeix, es requereixi assistència a l'empresari de la pòlissa. A més, autoritza la companyia, en cas d'haver patit alguna malaltia, a posar-se en contacte amb els facultatius intervinents.

SegurCaixa Adeslas pot resoldre la pòlissa en el termini d'un mes des que tingui coneixement de la reserva o inexactitud del declarant en emplenar el qüestionari, però aquest dret no es pot fonamentar en el desconeixement per l'asseguradora de dades de la salut de l'assegurat que siguin alienes a les preguntes anteriors.

En cas d'haver-hi dol o culpa greu en l'emplenament d'aquest qüestionari, SegurCaixa Adeslas queda, en tot cas, i des d'ara, alliberada de les obligacions que l'assegurança estableix al seu càrrec. (Art. 10 Llei de contracte d'assegurança).

Data \_\_\_\_\_ Signatura \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONS

Data	Acceptat	Rebutjat	Delegació	Número de sol·licitud

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, com a responsable del tractament, tractarà les dades personals facilitades per dur a terme la valoració del risc de conformitat amb el previst en la Llei de Contracte d'Assegurança. Les dades facilitades no seran cedides a tercers. Pot consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, i especialment sobre com exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i altres drets, a la següent pàgina web: [www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos](http://www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos).

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.

CÒPIA PER A LA DELEGACIÓ • CONFIDENCIAL • GUARDAR DINS D'UN SOBRE TANCAT • CONFIDENCIAL

ÉS IMPRESCINDIBLE OMLIR TOTES LES DADES DE MANERA LLEGIBLE I SENSE ESMENES

## DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT

Nom i cognom \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DADES DE LA PERSONA QUE ES VOL ASSEGURAR (\*)

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Edat \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Pes \_\_\_\_\_ Alçada \_\_\_\_\_ Relació amb el sol·licitant \_\_\_\_\_ Número d'ordre \_\_\_\_\_

(\*) En cas que sigui una persona menor d'edat o incapacitada, aquest qüestionari l'ha d'emplenar el representant legal.

## DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DADES D'INTERÈS SANITARI

Nº	PREGUNTA	RESPOSTA	OBSERVACIONS
1	<p>Patiu o heu patit cap malaltia els últims cinc anys?</p> <p>Us han deixat cap lesió o seqüeles les malalties que heu patit fins ara?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne quina, la data, el tractament i l'evolució</p> <p>Especifiquen-les</p>
2	Heu estat intervingut en alguna ocasió, o heu estat ingressat en algun centre hospitalari?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne la data i el motiu
3	En quina data i per quin motiu vau anar al metge per última vegada?	<p>DATA</p> <p>...../...../.....</p>	<p>Motiu</p> <p>Especifiquen-ne l'especialitat i la pròxima data de consulta</p>
4	Patiu o heu patit cap defecte físic, deformitat, incapacitat o lesió congènita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne quin, el tractament i l'evolució
5	Heu patit cap traumatisme o accident?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiquen-ne la data, el tractament i les seqüeles
6	<p>Esteu en l'actualitat sota control mèdic o feu alguna mena de tractament?</p> <p>D'acord amb el que sabeu del vostre estat de salut:</p> <p>a) Us consta que abans d'un any us haureu de fer algun estudi o tractament?</p> <p>b) Necessitareu dins d'aquest termini ingressar en un hospital?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne quin</p> <p>Especifiquen-ne quin</p> <p>Indiqueu-ne la causa</p>
7	<p>Sou o heu estat fumador?</p> <p>Consumiu o heu consumit habitualment begudes alcohòliques?</p> <p>Consumiu o heu consumit estupefaents?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifiquen-ne la quantitat diària</p> <p>Especifiquen-ne la quantitat diària i el tipus de begudes</p> <p>Especifiquen el tipus de producte</p>

El que subscriu declara, sota la seva responsabilitat, que les seves respostes a les preguntes formulades són certes i completes, i autoritza expressament SegurCaixa Adeslas perquè faci les comprovacions que consideri necessàries sobre l'origen i l'evolució de les malalties o mals dels quals, si procedeix, es requereixi assistència a l'empresari de la pòlissa. A més, autoritza la companyia, en cas d'haver patit alguna malaltia, a posar-se en contacte amb els facultatius intervinents.

SegurCaixa Adeslas pot resoldre la pòlissa en el termini d'un mes des que tingui coneixement de la reserva o inexactitud del declarant en emplenar el qüestionari, però aquest dret no es pot fonamentar en el desconeixement per l'asseguradora de dades de la salut de l'assegurat que siguin alienes a les preguntes anteriors.

En cas d'haver-hi dol o culpa greu en l'emplenament d'aquest qüestionari, SegurCaixa Adeslas queda, en tot cas, i des d'ara, alliberada de les obligacions que l'assegurança estableix al seu càrrec. (Art. 10 Llei de contracte d'assegurança).

Data \_\_\_\_\_ Signatura \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONS

Data	Acceptat	Rebutjat	Delegació	Número de sol·licitud

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, com a responsable del tractament, tractarà les dades personals facilitades per dur a terme la valoració del risc de conformitat amb el previst en la Llei de Contracte d'Assegurança. Les dades facilitades no seran cedides a tercers. Pot consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, i especialment sobre com exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i altres drets, a la següent pàgina web: [www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos](http://www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos).

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, amb NIF A28011864, i inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265.