

Qüestionari de Salut

Adeslas

NO ESCRIGUI
EN LES
CASELLES
OMBREJADES

DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

DADES DE LA PERSONA PER ASSEGUARAR (En cas que es tracti d'un incapacitat, aquest qüestionari l'emplenarà el representant legal)

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

Edat _____ Sexe _____ Pes _____ Estatura _____ Relació amb el sol·licitant _____ Número d'ordre _____

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

DADES D'INTERÈS SANITARI

1. Pateix alguna malaltia o n'ha patit cap els últims 5 anys?

Sí No

En cas d'afirmativa, concretament alguna d'aquestes?

1. Problemes de cor (infart, angina, arítmia, d'altres)

Sí No

Especifiqui quina

2. Malaltia de ronyó o urològica (insuficiència renal, creatinina elevada, malaltia de pròstata, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

3. Problemes vasculars (trombosi, embòlia)

Sí No

Especifiqui quina

4. Malaltia del sistema nerviós (ictus, embòlia, Parkinson, esclerosi múltiple, epilèpsia, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

5. Diabetis

Sí No

Especifiqui quina: Tipus 1 Tipus 2

6. Malaltia del tiroide o sistema endocrí

Sí No

Especifiqui quina

7. Hipertensió arterial. Indiqui els dos últims mesuraments de tensió arterial que

Sí No

figurin en un informe (*) / /

8. Colesterol elevat (superior a 220 mg/dl). No cal especificar-ne el valor.

Sí No

9. MPOC, bronquitis crònica, emfisema. En cas d'afirmativa, consigni la dada FEV 1

Sí No

de la seva darrera espirometria (**)

Sí No

10. Altres malalties respiratòries (asma, apnea del son)

Sí No

Especifiqui quina

11. Malaltia digestiva o del fetge (hepatitis, cirrosi, Crohn, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

12. Malaltia ocular (cataracta, glaucoma, malaltia de retina)

Sí No

Especifiqui quina

13. Malaltia de l'aparell locomotor (artritis, artrosi, hèrnia discal, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

14. Malaltia tumoral o cancerosa

Sí No

Especifiqui quina

15. Malaltia psiquiàtrica (depressió, esquizofrènia, anorèxia, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

16. Malaltia infecciosa

Sí No

Especifiqui quina

17. Altres malalties

Sí No

Especifiqui quina

2. Consumeix o ha consumit més de 5 unitats d'alcohol al dia (1 unitat = got de cervesa / vi / licor / altres)?

Sí No

Especifiqui'n la quantitat diària i els tipus de begudes

3. És fumador o ho ha estat?

Sí No

Indiqui el nombre de cigarretes al dia i durant quants anys

4. Consumeix estupefaents o drogues o n'ha consumit?

Sí No

Especifiqui quins, quant de temps i la data de l'última vegada

5. Es troba en l'actualitat sota control mèdic o seguint algun tipus de tractament?

Sí No

Especifiqui quin i el motiu

6. Ha estat hospitalitzat, operat o sotmès a estudi/tractament, o li consta que hagi de fer-ho pròximament? Especifiqui'n el motiu, la data d'atenció i si n'hi ha seqüeles

Sí No

7. Ha tingut algun traumatisme o accident?

Sí No

Especifiqui'n la data, el tractament i si n'hi ha seqüeles

8. Té reconeguda o sol·licitada discapacitat o invalidesa?

Sí No

Especifiqui el grau de discapacitat, el tipus d'invalidesa i la causa mèdica

9. Ha estat de baixa laboral durant més de 3 setmanes els últims 5 anys?

Sí No

Especifiqui'n el motiu, la durada i si n'hi ha seqüeles

Qui subscriu declara, sota la seva responsabilitat, que les seves respostes a les preguntes formulades són veraces i completes, i autoritza expressament SegurCaixa Adeslas perquè efectui les comprovacions que cregui necessàries sobre l'origen i l'evolució dels mals o les malalties dels quals, en el moment oportú, es requereixi assistència a l'empresari de la pòlissa. Autoritza la Companyia, en cas d'haver tingut alguna malaltia, a posar-se en contacte amb els facultatius intervinents. SegurCaixa Adeslas podrà resoldre la pòlissa en el termini d'un mes a partir de quan tingui coneixement de la reserva o la inexactitud del declarant a l'hora d'emplenar el qüestionari, però aquest dret no es podrà basar en el desconeixement, per part de l'Asseguradora, de dades de la salut de l'Assegurat que siguin alienes a les preguntes que antecedeixen. Si hi hagués 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.

(*) Indiqui, en el primer requadre, el penúltim mesurament; i en el segon, l'últim. (**) Si no troba aquesta dada, aporti el seu últim informe mèdic.

Qüestionari de Salut

Adeslas

NO ESCRIGUI
EN LES
CASELLES
OMBREJADES

DADES PERSONALS DEL SOL·LICITANT

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

DADES DE LA PERSONA PER ASSEGUARAR (En cas que es tracti d'un incapacitat, aquest qüestionari l'emplenarà el representant legal)

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

Edat _____ Sexe _____ Pes _____ Estatura _____ Relació amb el sol·licitant _____ Número d'ordre _____

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL

Cognoms _____ Nom _____ NIF _____

DADES D'INTERÈS SANITARI

1. Pateix alguna malaltia o n'ha patit cap els últims 5 anys?

Sí No

En cas d'afirmativa, concretament alguna d'aquestes?

1. Problemes de cor (infart, angina, arítmia, d'altres)

Sí No

Especifiqui quina

2. Malaltia de ronyó o urològica (insuficiència renal, creatinina elevada, malaltia de pròstata, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

3. Problemes vasculars (trombosi, embòlia)

Sí No

Especifiqui quina

4. Malaltia del sistema nerviós (ictus, embòlia, Parkinson, esclerosi múltiple, epilèpsia, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

5. Diabetis

Sí No

Especifiqui quina: Tipus 1 Tipus 2

6. Malaltia del tiroide o sistema endocrí

Sí No

Especifiqui quina

7. Hipertensió arterial. Indiqui els dos últims mesuraments de tensió arterial que

Sí No

figurin en un informe (*) / /

8. Colesterol elevat (superior a 220 mg/dl). No cal especificar-ne el valor.

Sí No

9. MPOC, bronquitis crònica, emfisema. En cas d'afirmativa, consigni la dada FEV 1

Sí No

de la seva darrera espirometria (**)

Sí No

10. Altres malalties respiratòries (asma, apnea del son)

Sí No

Especifiqui quina

11. Malaltia digestiva o del fetge (hepatitis, cirrosi, Crohn, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

12. Malaltia ocular (cataracta, glaucoma, malaltia de retina)

Sí No

Especifiqui quina

13. Malaltia de l'aparell locomotor (artritis, artrosi, hèrnia discal, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

14. Malaltia tumoral o cancerosa

Sí No

Especifiqui quina

15. Malaltia psiquiàtrica (depressió, esquizofrènia, anorèxia, una altra)

Sí No

Especifiqui quina

16. Malaltia infecciosa

Sí No

Especifiqui quina

17. Altres malalties

Sí No

Especifiqui quina

2. Consumeix o ha consumit més de 5 unitats d'alcohol al dia (1 unitat = got de cervesa / vi / licor / altres)?

Sí No

Especifiqui'n la quantitat diària i els tipus de begudes

3. És fumador o ho ha estat?

Sí No

Indiqui el nombre de cigarretes al dia i durant quants anys

4. Consumeix estupefaents o drogues o n'ha consumit?

Sí No

Especifiqui quins, quant de temps i la data de l'última vegada

5. Es troba en l'actualitat sota control mèdic o seguint algun tipus de tractament?

Sí No

Especifiqui quin i el motiu

6. Ha estat hospitalitzat, operat o sotmès a estudi/tractament, o li consta que hagi de fer-ho pròximament? Especifiqui'n el motiu, la data d'atenció i si n'hi ha seqüeles

Sí No

7. Ha tingut algun traumatisme o accident?

Sí No

Especifiqui'n la data, el tractament i si n'hi ha seqüeles

8. Té reconeguda o sol·licitada discapacitat o invalidesa?

Sí No

Especifiqui el grau de discapacitat, el tipus d'invalidesa i la causa mèdica

9. Ha estat de baixa laboral durant més de 3 setmanes els últims 5 anys?

Sí No

Especifiqui'n el motiu, la durada i si n'hi ha seqüeles

Qui subscriu declara, sota la seva responsabilitat, que les seves respostes a les preguntes formulades són veraces i completes, i autoritza expressament SegurCaixa Adeslas perquè efectui les comprovacions que cregui necessàries sobre l'origen i l'evolució dels mals o les malalties dels quals, en el moment oportú, es requereixi assistència a l'empresari de la pòlissa. Autoritza la Companyia, en cas d'haver tingut alguna malaltia, a posar-se en contacte amb els facultatius intervinents. SegurCaixa Adeslas podrà resoldre la pòlissa en el termini d'un mes a partir de quan tingui coneixement de la reserva o la inexactitud del declarant a l'hora d'emplenar el qüestionari, però aquest dret no es podrà basar en el desconeixement, per part de l'Asseguradora, de dades de la salut de l'Assegurat que siguin alienes a les preguntes que antecedeixen. Si hi hagués 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.

(*) Indiqui, en el primer requadre, el penúltim mesurament; i en el segon, l'últim. (**) Si no troba aquesta dada, aporti el seu últim informe mèdic.