



# Sol·licitud d'assegurança d'assistència sanitària

<input type="checkbox"/> Nova pòlissa	<input type="checkbox"/> Modificació de Dades	<input type="checkbox"/> Baixa de pòlissa	Nom. assegurats	Data d'efecte de la pòlissa (DD/MM/AAAA) / /	Núm. de pòlissa/certificat -
---------------------------------------	---	---	-----------------	---	---------------------------------

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

## PRENEDOR DE L'ASSEGURANÇA

NIF/NIE		Nom i cognoms			Producte: <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:	
Data de naixement (DD/MM/AAAA)		Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat	Professió	
Via	Domicili			Núm.	Pis	Esc. Porta
Població		Província		Codi postal		Telèfon fix
Telèfon mòbil		Correu electrònic			Fax	Vol ser assegurat de la pòlissa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:			Si ve d'una altra societat mèdica, ens pot dir de quina?	
Com ens ha conegut? <input type="checkbox"/> Premsa <input type="checkbox"/> Agent comercial <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Amic/familiar <input type="checkbox"/> Altres						

## ASSEGURATS

NIF/NIE		Nom i cognoms			Professió	
Data de naixement (DD/MM/AAAA)		Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat	Professió	
Via	Domicili			Núm.	Pis	Esc. Porta
Població		Província		Codi postal		Telèfon fix
Telèfon mòbil		Correu electrònic			Fax	Parentiu amb el prenedor (marit/esposa/fill/filla, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:			Si ve d'una altra societat mèdica, ens pot dir de quina?	

NIF/NIE		Nom i cognoms			Professió	
Data de naixement (DD/MM/AAAA)		Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat	Professió	
Via	Domicili			Núm.	Pis	Esc. Porta
Població		Província		Codi postal		Telèfon fix
Telèfon mòbil		Correu electrònic			Fax	Parentiu amb el prenedor (marit/esposa/fill/filla, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:			Si ve d'una altra societat mèdica, ens pot dir de quina?	

NIF/NIE		Nom i cognoms			Professió	
Data de naixement (DD/MM/AAAA)		Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	Estat civil	Nacionalitat	Professió	
Via	Domicili			Núm.	Pis	Esc. Porta
Població		Província		Codi postal		Telèfon fix
Telèfon mòbil		Correu electrònic			Fax	Parentiu amb el prenedor (marit/esposa/fill/filla, etc.)
Té altres pòlisses d'ASISA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Quines? <input type="checkbox"/> Salut <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Altres:			Si ve d'una altra societat mèdica, ens pot dir de quina?	

## DADES BANCÀRIES

Periodicitat del pagament:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				
Nom de l'entitat bancària:					
Domicili de l'oficina (carrer i núm.):					Código Postal:
Localitat/província:					
Titular del compte bancari:					
Dades bancàries:	Banc:	Sucursal:	DC:	Compte:	

En compliment de la llei orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal i amb l'objectiu de complir, controlar i executar la prestació sanitària garantida al contracte d'assegurança, l'assegurat autoritza expressament el tractament de les seves dades de caràcter personal, incloses les de salut, per part d'ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal) i també l'intercanvi d'aquestes dades entre aquesta entitat i els metges, centres mèdics, hospitals o altres institucions i persones identificades com a prestadors de serveis sanitaris a la llista de facultatius elaborada per ASISA o al lloc web [www.asisa.es](http://www.asisa.es). Les dades han de ser adequades, pertinents i no excessives per a la finalitat expressada en relació amb el contracte d'assegurança, la llei reguladora del qual estableix que l'assegurat ha d'informar l'assegurador sobre les causes que motiven la prestació, perquè pugui sol·licitar aquesta informació als prestadors de serveis sanitaris amb l'objectiu que es puguin complir aquestes finalitats en relació amb la seva salut i el tractament sanitari que rebí. A més a més, les seves dades personals, tret de les de salut, es poden utilitzar per enviar-li trameses publicitàries i d'informació comercial sobre l'empresa i les seves activitats, productes, serveis, ofertes, promocions especials, etc. a través de diferents vies, entre les quals hi figura el correu electrònic. El tractament de les dades amb aquestes finalitats es mantindrà mentre existeixi algun tipus de relació de negoci o contractual amb ASISA. Quan les dades facilitades siguin d'un tercer, la persona que les facilita garanteix que té l'autorització per comunicar-les a ASISA, d'acord amb les condicions indicades en aquesta clàusula. Per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades, cal adreçar-se a ASISA. En cas d'oposició al tractament i la cessió de les dades exposades al paràgraf anterior, no es podran fer efectives les prestacions de la pòlissa durant el temps que duri aquesta oposició, ja que l'entitat asseguradora no disposarà de les dades necessàries per complir les finalitats del contracte d'assegurança.

Prenedor de l'assegurança:

Data i signatura:

/ /

L'emissió de la pòlissa està subjecta a l'acceptació d'aquesta sol·licitud per part de la companyia.



# Qüestionari de salut

Nom del col·lectiu:

Núm. de pòlissa/certificat:

Nom i cognoms:

NIF/NIE:

Com definiria el seu estat de salut actual?

Molt bo  Bo  Regular  Dolent  Molt dolent

Quant pesa? Kg Quina és

Hàbits la seva alçada? SI NO

Fuma?

Fa esport?

Fa règim?

Va al dentista? (vegades/any)

Beu alcohol?

Pren drogues?

Pren alguna medicació?

S'ha fet revisions de pròstata o ginecològiques?

S'ha fet revisions mèdiques d'empresa, particulars, etc.?

Expliqui breument les respostes afirmatives:

Intervencions quirúrgiques SI NO

L'han operat alguna vegada?

Any Tipus d'operació Seqüeles

Ingressos mèdics SI NO

L'han ingressat a l'hospital per malaltia o accident?

Any Malaltia o procés Dies d'ingrés

Expliqui les tres últimes visites al metge.

Data Motiu de la visita Especialista

Té algun dels processos, les patologies o les malalties que s'indiquen a continuació?

	SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. endocrines (tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensió arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasi ("pedras")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiència renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. neurològiques (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Còlics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altres mal. oculars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. reumàtiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. aparell digestiu (úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. cutànies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hèrnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varius/altres mal. vasculars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. òssies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesió columna/genoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. ginecològiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. cròniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/al·lèrgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descriu a continuació els processos afirmatius que ha indicat:

Ha tingut embarassos? Quants? Avortaments? ãQuants?

Descriu aquí les darreres proves i anàlisis que s'ha fet.

Nom i cognoms:

NIF/NIE:

Com definiria el seu estat de salut actual?

Molt bo  Bo  Regular  Dolent  Molt dolent

Quant pesa? Kg Quina és

Hàbits la seva alçada? SI NO

Fuma?

Fa esport?

Fa règim?

Va al dentista? (vegades/any)

Beu alcohol?

Pren drogues?

Pren alguna medicació?

S'ha fet revisions de pròstata o ginecològiques?

S'ha fet revisions mèdiques d'empresa, particulars, etc.?

Expliqui breument les respostes afirmatives:

Intervencions quirúrgiques SI NO

L'han operat alguna vegada?

Any Tipus d'operació Seqüeles

Ingressos mèdics SI NO

L'han ingressat a l'hospital per malaltia o accident?

Any Malaltia o procés Días de Ingreso

Expliqui les tres últimes visites al metge.

Data Motiu de la visita Especialista

Té algun dels processos, les patologies o les malalties que s'indiquen a continuació?

	SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. endocrines (tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensió arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasi ("pedras")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiència renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. neurològiques (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Còlics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altres mal. oculars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. reumàtiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. aparell digestiu (úlcera, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal. cutànies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hèrnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/infart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varius/altres mal. vasculars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. òssies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesió columna/genoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres mal. ginecològiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal. cròniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/al·lèrgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descriu a continuació els processos afirmatius que ha indicat:

Ha tingut embarassos? Quants? Avortaments? ãQuants?

Descriu aquí les darreres proves i anàlisis que s'ha fet.

ASISA eludeix l'assistència derivada de l'atenció de patologies, situacions o processos anteriors a la contractació de la pòlissa o presents en el moment de la contractació, tant si apareixen declarats com no al qüestionari que ha de signar l'assegurador, com també les seqüeles, els brots evolutius i les complicacions que se'n derivin.

El sotsignat dona la seva autorització expressa a l'entitat ASISA perquè faci les gestions i els actes que consideri necessaris per comprovar la transcendència, l'existència, l'evolució o la desaparició de les malalties o les lesions a les quals hagi de prestar assistència o bé per conèixer-ne els possibles antecedents o conseqüències i els tractaments seguits en cada cas a través d'aquesta entitat. D'acord amb l'article 10 de la Llei de contracte d'assegurança, en cas de reserva o inexactitud en les dades proporcionades a través d'aquesta declaració, l'assegurador perd el dret a la prestació garantida, i ASISA es reserva el dret de rescindir automàticament la pòlissa.

Així, el signant declara que no ha distorsionat la veritat i que no ha amagat l'existència de malalties o defectes.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_  En nome propi

DNI: \_\_\_\_\_  Com a contractant de la pòlissa o familiar major d'edat

Signatura: \_\_\_\_\_  En nome propi

DNI: \_\_\_\_\_  Com a contractant de la pòlissa o familiar major d'edat

Mitjançant la seva signatura, el prenedor de l'assegurança declara que ha obtingut el consentiment exprés de tots i cadascun dels assegurats/membres del grup familiar per incloure en aquest qüestionari totes les seves dades de salut.