

Nom i cognoms / Nombre y apellidos  DNI / NIF

Data de naixement / Fecha de nacimiento  Data d'alta / Fecha de alta

Tel.  Mail

Autònom / ¿Autónomo? Sí  No  Professiò / Profesión



Pes / Peso  Kg. Alçada / Altura  cm.

**DECLARACIÓ DE SALUT / DECLARACIÓN DE SALUD**

El candidat gaudeix actualment de bon estat de salut? / ¿El candidato disfruta actualmente de buen estado de salud? Sí  NO

Al candidat li ha estat practicada o aconsellada alguna intervenció quirúrgica, prova diagnòstica o ha estat ingressat en algun hospital o sanatori? En cas afirmatiu, indiqui causa, tipus i data  
 ¿Al candidato le ha sido practicada o aconsejada alguna intervención quirúrgica, prueba diagnóstica o ha estado ingresado en algún hospital o sanatorio? En caso afirmativo, indique causa, tipo y fecha

El candidat pateix d'alguna anomalia congènita, invalidesa física o mental o defecte funcional?  
 ¿El candidato padece alguna anomalía congénita, invalidez física o mental o defecto funcional?  
 En cas afirmatiu, indiqui quin o quins i el tipus de defecte / En caso afirmativo, indique cuál o cuáles y el tipo de defecto

- Pateix o ha patit el candidat de: / Padece o ha padecido el candidato de:
- malalties cardíques o cardiovasculars / enfermedades cardíacas o cardiovasculares  Sí  NO
  - malalties de l'aparell circulatori / enfermedades del aparato circulatorio  Sí  NO
  - malalties de l'aparell respiratori / enfermedades del aparato respiratorio  Sí  NO
  - malalties de l'aparell digestiu / enfermedades del aparato digestivo  Sí  NO
  - malalties del sistema nerviós / enfermedades del sistema nervioso  Sí  NO
  - varius i/o úlceres / varices y/o úlceras  Sí  NO
  - hèrnies / hernias  Sí  NO
  - càncer o tumors / cáncer o tumores  Sí  NO
  - càlculs renals o vesicals / cálculos renales o vesicales  Sí  NO
  - diabetis / diabetes  Sí  NO
  - afeccions genitals / afecciones genitales  Sí  NO
  - complicacions en embarossos o parts / complicaciones en embarazos o partos  Sí  NO
  - malalties infeccioses / enfermedades infecciosas  Sí  NO
  - obesitat mòrbida / obesidad mórbida  Sí  NO
  - altres afeccions no esmentades / otras afecciones no mencionadas  Sí  NO

En cas de resposta afirmativa, indiqui afecció i data de manifestació / En caso de respuesta afirmativa, indique afección y fecha de manifestación

Indiqui si el candidat té alguna altra cosa a declarar amb referència a la seva salut  
 Indique si el candidato tiene alguna otra cosa a declarar con referencia a su salud

Ha practicat o practica el candidat algun esport perillós? Quin?  
 ¿Ha practicado o practica el candidato algún deporte peligroso? ¿Cuál?

Confirmo que les respostes precedents són completes i autèntiques. Aquestes formen part de la meua sol·licitud d'assegurança a CLINICUM ASSEGURANCES, S.A., i són la base de l'emissió de la pòlissa. Les ocultacions o inexactituds que hi pogués haver, podran motivar la pèrdua de tots els drets atorgats per l'assegurança. Així mateix, autorizo qualsevol metge, hospital, companyia d'assegurances o altra institució o persona qualsevol perquè, dins dels límits legals, facilitin a CLINICUM ASSEGURANCES, S.A. informació sobre l'estat de salut, historial mèdic i qualsevol hospitalització, recomanació, diagnòstic, tractament, malaltia o mal. Una fotocòpia d'aquesta autorització serà així mateix vàlida.  
 Confirmo que las respuestas precedentes son completas y auténticas. Estas forman parte de mi solicitud de seguro a CLINICUM SEGUROS, S.A., y son la base de la emisión de la póliza. Las ocultaciones o inexactitudes que pudiesen haber, podrán motivar la pérdida de todos los derechos otorgados por el seguro. Asimismo, autorizo a cualquier médico, hospital, compañía de seguros u otra institución o persona cualquiera para que, dentro de los límites legales, faciliten a CLINICUM SEGUROS, S.A. información sobre el estado de salud, historial médico y cualquier hospitalización, recomendación, diagnóstico, tratamiento, enfermedad o dolencia. Una fotocopia de esta autorización será así mismo válida.

A/En \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ d'/de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nom i cognoms / Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ DNI / NIF: \_\_\_\_\_

Signatura / Firma

CLINICUM ASSEGURANCES, S.A. és el Responsable del tractament de les dades personals proporcionades sota el seu consentiment i l'informa que aquestes seran tractades de conformitat amb el que estableix la normativa vigent en protecció de dades personals, el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 (RGPD), amb la finalitat de complir, desenvolupar, controlar i executar la prestació sanitària garantida en el contracte d'assegurança. L'assegurador consent expressament que les seves dades de caràcter personal, incloent-hi les dades de salut, siguin tractades informàticament per CLINICUM ASSEGURANCES, S.A., quan aquestes ja no siguin necessàries per a aquesta finalitat es suprimiran amb les mesures de seguretat adequades per a assegurar la seudonimització de les dades o la seva destrucció total. Les dades podran ser comunicades a terceres entitats, i als metges, centres sanitaris, hospitals i d'altres institucions o persones amb l'única finalitat de dur a terme la prestació dels serveis contractats. Així mateix, s'informa que podrà exercir els drets d'accés, rectificació, portabilitat, supressió de les dades i els de limitació i oposició al seu tractament adreçant-se a CLINICUM ASSEGURANCES, S.A. a Passeig Gràcia, 121, 08008 Barcelona. Email: info@clinicum.es i el de reclamació a www.aepd.es. Dades de contacte del DPO: dpo@datax.es. En cas d'oposició al tractament i a la cessió de les dades exposades en el paràgraf anterior, no es podran fer efectives les prestacions de la pòlissa durant el temps que duri l'oposició, pel fet que CLINICUM ASSEGURANCES, S.A. no té les dades necessàries per al càlcul de la indemnització i d'altres finalitats establertes en el contracte d'assegurança.  
 CLINICUM SEGUROS, S.A. es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa que los mismos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (RGPD), con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro. El asegurado consiente expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados informáticamente por CLINICUM SEGUROS, S.A. Cuando ya no sean necesarios para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. Los datos podrán ser comunicados a terceras entidades, médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas con el único fin de llevar a cabo la prestación del servicio contratado. Asimismo, se informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a Clinicum Seguros, S.A. en Passeig Gràcia, 121, 08008 Barcelona. Email: info@clinicum.es y el de reclamación a www.aepd.es. Datos de contacto del DPO: dpo@datax.es. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer CLINICUM SEGUROS, S.A. de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.