

DOMICILI D'ENTREGA  
DOMICILIO DE ENTREGA



DADES D'ADMINISTRACIÓ  
DATOS DE ADMINISTRACIÓN

## SOL-LICITUD / SOLICITUD

### ASEGURANÇA D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA / SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

AGENT NÚM. .... AGENT NOM .....  
AGENTE N.º ..... AGENTE NOMBRE .....

PÒLISSA NÚM. .... EMESA ..... EFECTE (Dia-Mes-Any) .....  
PÓLIZA N.º ..... EMITIDA ..... EFECTO (Día-Mes-Año) .....

Venciment de la pòlissa / Vencimiento de la póliza 31.12.20 ..... Documentació / Documentación: CA  ES  Online  Offline

#### SOL-LICITANT DE L'ASEGURANÇA / SOLICITANTE DEL SEGURO:

Nom i cognoms / Nombre y apellidos ..... Sexe / Sexo H / V  D / M

És autònom? / ¿Es autónomo? Sí  NO  Professió / Profesión .....

Estat civil / Estado civil .....

Quantes persones conviu a la seva unitat familiar? / ¿Cuántas personas conviven en su unidad familiar? .....

NIF/CIF ..... Resident a / Residente en .....

Província / Provincia ..... CP .....

Adreça / Dirección ..... Mail .....

Tel. part. .... Tel. prof. .... Mòbil / Móvil .....

NÚM. ORDRE Nº ORDEN	ASEGURATS ASEGURADOS	PARENTIU PARENTESCO	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	SEXE SEXO	EST. CIVIL	DNI / NIF
0			/ /			
1			/ /			
2			/ /			
3			/ /			
4			/ /			
5			/ /			

#### DOMICILI DE L'ASEGURAT / DOMICILIO DEL ASEGURADO: el mateix / el mismo

Resident a / Residente en ..... Província / Provincia ..... CP .....

Adreça / Dirección ..... Tel. part. .... Tel. prof. ....

Modalitat / Modalidad AMB COPAGAMENT / CON COPAGO  SENSE COPAGAMENT / SIN COPAGO  GRUP / GRUPO .....

TOTAL  CLÀSSICA / CLÁSICA  BÀSICA / BÁSICA  ALTRA / OTRA  ..... DENTAL

Nombre d'assegurats / N.º de asegurados ..... Prima de rebut / Prima de recibo ..... Prima anual .....

Forma de pagament / Forma de pago: A (Dte./Dto. 8%)  Fraccionat / Fraccionado: S (Dte./Dto. 5%)  T (Dte./Dto. 3%)  M

IBAN ..... Entitat / Entidad ..... Oficina ..... DC ..... Núm. de compte / N.º de cuenta .....

Títular cte. / libreta El mateix  Altre: Sr. / Sra.   
Títular cta. / libreta El mismo Otro: Sr. / Sra. ....

A / En ..... a ..... d'/de ..... de .....

El representant / representante de CLÍNICUM ASSEGUANCES, S.A.  
(Signatura / Firma)

Llegit i conforme / Leído y conforme  
(Signatura del sol·licitant / Firma del solicitante)

"En compliment de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, i 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 Clínicum Assegurances, S.A., així com que aquestes dades puguin ser comunicades entre aquesta entitat i els metges, centres sanitaris, hospitals i d'altres institucions o persones. 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 obliga l'assegurador a informar l'assegurador de les causes que motiven la prestació, per tal que pugui sol·licitar dels prestadors de serveis sanitaris aquesta informació per al compliment d'aquestes finalitats en relació amb la seva salut i el tractament sanitari que estigui rebent. Per exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades heu de dirigir-vos a Clínicum Assegurances, S.A. En cas d'oposició al tractament i de 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 Clínicum Assegurances, S.A. no té les dades necessàries per al càlcul de la indemnització i d'altres finalitats establertes en el contracte d'assegurança."

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados informáticamente por Clínicum Seguros, S.A., así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a Clínicum Seguros, S.A. 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 Clínicum Seguros, S.A. de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro."

Pòlissa aprovada per la Direcció General d'Ordenació Sanitària de la Generalitat de Catalunya en data 15 de setembre de 1987 i presentada a la Direcció General d'Assegurances en data 7 d'octubre de 1987.

Póliza aprobada por la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria de la Generalitat de Catalunya en fecha 15 de septiembre de 1987 y presentada a la Dirección General de Seguros en fecha 7 de octubre de 1987.

Nom i cognoms / Nombre y apellidos  DNI / NIF

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

Tel.  Mail

És autònom? / ¿Es autónomo? Sí  NO  Professiò / Profesión .....



## 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? / ¿Al candidato le ha sido practicada o aconsejada alguna intervención quirúrgica, prueba diagnóstica o ha estado ingresado en algún hospital o sanatorio? Sí  NO   
 En cas afirmatiu, indiqui causa, tipus i data / 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? Sí  NO   
 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 cardíaques 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 (VIH, hepatitis, etc.) / enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis, etc.) ..... Sí  NO
- obesitat mòrbida / obesidad mórbida ..... Sí  NO
- altres afeccions no esmentades / otras afecciones no mencionadas ..... Sí  NO

En cas de resposta afirmativa, indiqui tipus d'afecció i data de manifestació / En caso de respuesta afirmativa, indique tipo de 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 Sí  NO

Ha practicat o practica el candidat algun esport perillós? / ¿Ha practicado o practica el candidato algún deporte peligroso? Sí  NO   
 Quin? / ¿Cuál? .....

Confirmo que les respostes precedents són completes i autèntiques. Aquestes formen part de la meua sol·licitud d'assegurança a CLÍNICUM ASSEGURANCES, S.A., i són la base de l'emissió de la pòlissa. Les ocultacions o inexactituds que hi poguéss 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 CLÍNICUM 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 CLÍNICUM 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 CLÍNICUM 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