

DECLARACIÓ DE SALUT

DADES PERSONALS

Dades Prenedor

Nom i Cognoms Prenedor:

Nom i Cognoms Beneficiari 2:

Nom i Cognoms Beneficiari 3:

Nom i Cognoms Beneficiari 4:

Nom i Cognoms Beneficiari 5:

DECLARACIÓ DE SALUT

	Prenedor	Beneficiari 2	Beneficiari 3	Beneficiari 4	Beneficiari 5
Edat	.....	.....	.....	.....	.....
Pes	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg	.....Kg
Alçada	.....Cm	.....Cm	.....Cm	.....Cm	.....Cm
1. Algun membre de la seva família, en consanguinitat amb vostè, pateix o ha patit alguna malaltia hereditària? Qui? (indiqui el membre de la família afectat):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Es vostè fumador? Núm.cigarrets al dia:..... Núm cigars al dia:.....Núm pipes al dia:.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3. Consumeix begudes alcohòliques habitualment? Gots de vi al dia:.....Copes al dia:.....Cerveses al dia:.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4. Fa o ha fet ús d'estupefaents? Quins?.....Fins quan:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5. Practica cap esport considerat d'alt risc? Quin?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. Prenedor: Tensió arterial: Màx.....mmHg. Min.....mmHg Colesterol Total: Glucèmia:					
Beneficiari 2: Tensió arterial: Màx.....mmHg. Min.....mmHg Colesterol Total: Glucèmia:					
Beneficiari 3: Tensió arterial: Màx.....mmHg. Min.....mmHg Colesterol Total: Glucèmia:					
Beneficiari 4: Tensió arterial: Màx.....mmHg. Min.....mmHg Colesterol Total: Glucèmia:					
Beneficiari 5: Tensió arterial: Màx.....mmHg. Min.....mmHg Colesterol Total: Glucèmia:					
7. Li han practicat cap intervenció quirúrgica? Prenedor: Quina?..... Quan?..... Per quin motiu?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Benef.2 Quina?..... Quan?..... Per quin motiu?					
Benef.3 Quina?..... Quan?..... Per quin motiu?					
Benef.4 Quina?..... Quan?..... Per quin motiu?					
Benef.5 Quina?..... Quan?..... Per quin motiu?					
Quines seqüeles li ha deixat (si escau)?					
8. Ha patit cap accident amb lesions corporals? Quin?..... Quan?.....Quines seqüeles li ha deixat (si escau)?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9. Porta alguna pròtesi o material d'osteosíntesi? De quin tipus?..... On està localitzada?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10. Ha estat hospitalitzat/da per altres motius? Quan?..... Per quins motius?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Ha rebut tractament quimioteràpic o radioteràpic? A quina edat? .....Durant quant de temps? .....Per quin motiu?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
12. Pateix o ha patit els últims anys alguna malaltia en els següents òrgans, aparells o sistemes? En cas afirmatiu marqui amb una X l'apartat corresponent i indiqui de quina malaltia es tracta i des de quan la pateix. Aporti informes mèdics.					
<input type="checkbox"/> Aparell digestiu (esòfag, estómac, budell prim, còlon, recte, anus)..... Patologies:hèrnia hiatal, úlceres, diverticulitis, fissures, eventracions, colitis, pòlips, hemorroides, hèrnies inguinals, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Aparell respiratori (laringe, tràquea, bronquis, pulmons) Patologies:al·lèrgies pòlips, nòduls, bronquitis, emfisema, bronquiectàsies, atelectàsies, asma, etc	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Aparell circulatori (sistema venós, sistema arterial) Patologies:aneurismes, bypass, claudicació intermitent, tromboflebitis, varius, etc.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Cor Patologies:infarts, angina de pit, arítmies, valvulopaties, bypass, marcapassos, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Sistema nervós central (cervell, cerebel, medul·la espinal)..... SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO
 Patologies: epilèpsia, Parkinson, Alzheimer, accidents vasculars, esclerosi, demència, aneurismes, paràlisi infantil, migranyes, etc.....

DECLARACIÓ DE SALUT

	Prenedor	Beneficiari 2	Beneficiari 3	Beneficiari 4	Beneficiari 5
<input type="checkbox"/> Sistema nerviós perifèric..... Patologies: neuropaties, compressions nervioses, túnel carpià, cialtàgia, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Aparell genitourinari (ronyons, urèter, bufeta, uretra, pròstata, testicles)..... Patologies: càlculs, insuficiència renal, incontinència, quists renals, hipertròfia o adenoma de pròstata, hidrocele, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Aparell genital femení (ovaris, trompes, úter, vagina, pits)..... Patologies: quists, pòlips, miomes, nòduls, endometriosis, fibromes, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ossos i articulacions (braços, malucs, genolls, peus.)..... Patologies: osteoporosi, artrosi, artritis, hàl·lux valgus, peus plans, hèrnia discal, dit martel, escoliosi, lumbago, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Fetge i pàncrees..... Patologies: cirrosi, pancreatitis, litiasi biliar, hepatitis (especifiqui el tipus), hepatitis crònica, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sistema endocrí (glàndula tiroide, pàncrees, glàndula suprarenal, hipòfisi)..... Patologies: goll, hipertiroidisme, hipotiroïdisme, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Diabetis, hipertensió arterial.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Alteracions de la sang, sistema immunitari..... Patologies: anèmies, leucèmies, lupus o alguna altra malaltia autoimmune, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Alteracions metabòliques..... Patologies: gota, dislipèmies, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Vista..... Patologies: glaucoma, cataractes, afeccions de la retina, miopia, astigmatisme, hipermetropia, presbícia, estrabisme, etc (especifiqui la graduació)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Oïda, nas, gola..... Patologies: sordesa, afonia, desviació tabic nasal, otosclerosi, sinusitis, colesteatoma, amigdalitis de repetició, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Alteració del comportament..... Patologies: neurosi, depressions, psicosis, toxicomanies, intents de suïcidi, trastorn de personalitat, etc.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Tumors. Extirpació de tumors benignes i/o malignes..... (especifiqui la localització).....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Transplantament d'algun òrgan..... (especifiqui l'òrgan).....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
13. Pateix alguna malaltia que no hagi estat especificada en cap dels punts anteriors Quina?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
14. Pren alguna medicació de forma regular o està fent algun tipus de tractament? Quina? Per quin motiu? Des de quan?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
15. Li han fet recentment, o té previst que li facin, alguna exploració, visita o estudi? De quin tipus? Per quin motiu?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
16. Pateix alguna disminució física o psíquica que li impedeixi poder treballar? Quina?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17. Ha estat de baixa durant l'últim any? Quants dies?.....Per quin motiu?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Andorra la Vella, a _____ d _____ de 200	Signatura:	Signatura:	Signatura:	Signatura:	Signatura:

Les persones interessades resten informades i donen el seu consentiment, d'acord amb allò que disposa la llei 15/2003, del 18 de desembre, qualificada de protecció de dades personals, sobre les dades facilitades per a la seva incorporació i per al seu tractament en els fitxers, automatitzats o no, de dades de caràcter personal de què és responsable Unió i Aliança de Previsió, SA i Assegur, SA. Si les persones interessades no consenten la inclusió ni el tractament de les seves dades en aquests fitxers, automatitzats o no, el contracte d'assegurança no podrà portar-se a efecte. Tanmateix, les persones interessades autoritzen la conservació, la comunicació o cessió de les seves dades personals a altres entitats quina intervenció sigui necessària o convenient en la realització d'operacions connexes o necessàries a la pròpia finalitat i objecte del contracte. Les persones interessades autoritzen de forma expressa a que les dades puguin ser conservades i utilitzades per Unió i Aliança de Previsió, SA, i Assegur, SA., així com les seves respectives filials i/o participades, per tal d'informar-li, tant per comunicació postal com electrònica, sobre les oportunitats de contractació d'altres assegurances i serveis que puguin ser del seu interès. Els interessats podran exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i supressió de dades personals tal i com indica la normativa vigent sobre protecció de dades. Aquests drets podran exercir-se gratuïtament mitjançant comunicació escrita dirigida a Assegur Grup Assegurador amb domicili al carrer Av. Meritxell, núm.79.2a Andorra la Vella.