

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD**

Nombre del asociado a inscribir: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

**1. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O CONGÉNITA?**

SÍ  NO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MISMA:

1.2. FECHA DE INICIO EN SU CASO:

1.3. ¿QUEDAN AHORA SECUELAS?

**2. ¿HA SUFRIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?**

SÍ  NO

2.1. DESCRIPCIÓN:

2.2. FECHA DE LA MISMA:

2.3. ¿QUEDAN AHORA SECUELAS?

**3. ¿HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE?**

SÍ  NO

3.1. DESCRIPCIÓN:

3.2. FECHA DE LA MISMA:

3.3. ¿QUEDAN AHORA SECUELAS?

**4. ¿PADECE ALGUNA DISMINUCIÓN O DEFECTO FÍSICO, CONGÉNITO O SOBREVENIDO?**

SÍ  NO

4.1. ESPECIFIQUESE:

**5. ¿PUEDE AÑADIR ALGÚN OTRO DATO SOBRE SU ESTADO DE SALUD?**

**ADEMÁS PARA MUJERES**

**6. ¿HA TENIDO VD. PARTOS?**

SÍ  NO

6.1. ¿CUANTOS?

6.2. ¿HAN SIDO PARTOS NORMALES?

**7. ¿ESTÁ VD. EMBARAZADA ACTUALMENTE?**

SÍ  NO

7.1. ¿DE CUANTO TIEMPO?

**8. ¿HA TENIDO ABORTOS?**

SÍ  NO

8.1. ¿CUANTOS?

8.2. ¿CUANDO?

El abajo firmante declara ser exactas las contestaciones arriba expresadas y no haber omitido antecedentes o dolencia alguna que pueda inducir al Montepío a error en la concesión o valoración de las pertinentes indemnizaciones, ateniéndonos en todo caso al Art. 2, cláusula 3ª, del Reglamento de Intervención Quirúrgica, y al Art. 2, cláusula 5ª, del Reglamento de Hospitalización Quirúrgica.

Asimismo declaro que las personas a que se contrae esta solicitud no están afectadas por procesos patológicos congénitos o ya existentes con anterioridad. Los datos anteriores serán tratados según dispone la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL ASEGURADO,