

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,