



Ferretti Consulenze Aziendali-Individuali Sagl

Casella Postale 16 6994 Aranno

ferrettifausto.ch – ferrettifausto@hotmail.com

Dati personali

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Nazionalità _____ Cod. Fiscale _____

Via _____ No. _____

C.A.P. _____ Comune di residenza _____

Tel. Privato _____ Cellulare _____

E-mail _____ Inizio a decorrere dal _____

Nb:
+ Tassa socio € 25 annuale + Tassa socio familiari € 50 annuale

Ulteriori note

NOTA - Prego allegare copia passaporto/carta d'identità

Dichiarazione relative allo Stato di Salute

1 Io sottoscritto/a _____ nato il ____/____/____/

Dichiaro che le seguenti informazioni sono esatte, complete e veritiere. Riconosco che la presente dichiarazione è parte integrante del contratto assicurativo.

2 Dichiaro che al momento della sottoscrizione della presente Dichiarazione Stato di Salute né io né alcuno dei miei familiari assicurati soffrono di una o più delle seguenti patologie al momento sotto cura medica:

- a) Qualsiasi forma di cancro
- b) Disfunzioni di organi
- c) Trapianto di organi o tessuti
- d) HIV o altre patologie correlate al sistema immunitario
- e) Patologie del sistema ematopoietico (circolazione sanguigna)
- f) Patologie relative alla coagulazione (emorragie)
- g) Sclerosi multipla
- h) Fibrosi cistica
- i) Diabete (terapia insulinica)
- J) Epatite cronica
- k) Carenza dell' ormone della crescita
- i) Sterilità
- m) Ogni eventuale altra patologia rilevante. Per "rilevante" si intende una patologia che richiede un periodo di ricovero e conseguenti cure continue e/o ricorrenti.

3 Dichiaro in inoltre che al momento della sottoscrizione della presente Dichiarazione Stato di Salute né io né alcuno dei miei familiari assicurati si siano sottoposti o siano stati invitati a sottoporsi a test diagnostici, trattamenti sanitari, ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici di cui si attendono ancora i risultati e/o la diagnosi.

4 Dichiaro in oltre che al momento della sottoscrizione io o un mio familiare è in stato di gravidanza: SI ____ NO ____ (Se la risposta è "si", si prega di inserire il nome del familiare in stato di gravidanza e la data prevista del parto.

Nome _____

Data prevista del parto _____

Luogo e data _____

Firma e data _____