



Sociedad Italiana

de Socorros Mutuos de Campana

De Dominis 734 - Campana.
Tel. (03489) 422729 - Cel: (03489) 15-695130
s.italianacampana@gmail.com
web: sociedaditalianadecampana.org.ar
CUIT: 30-54595949-2 / RNEMP 3-1209-1

FORMULARIO DE INSCRIPCION

COMPLETAR EL FORMULARIO A MANO EN MAYUSCULAS.
LA FIRMA DEL MISMO SE REALIZARA FRENTE AL PERSONAL
AUTORIZADO EN LA SOCIEDAD ITALIANA DE SOCORROS
MUTUOS DE CAMPANA.

Nombre y Apellido:

Documento Nacional de Identidad (tipo y N°):

Lugar de Nacimiento:

Ciudad

Provincia País

Fecha de Nacimiento: Día..... Mes..... Año

Sexo:

Profesión:

Estado civil:

Domicilio de pago:

Teléfono:

Domicilio particular:

Teléfono:

Campana,..... de..... de 20

IMPORTANTE:

PARA TENER DERECHO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES SE REQUIERE TENER PAGA LA 1° CUOTA.

Declaro haber recibido de conformidad las condiciones y descripción de cobertura del plan con sus exclusiones y cartilla de prestadores.

Declaro conocer y aceptar que sociedad italiana no se hara cargo de tratamientos por patologias preexistentes. se entiende por enfermedad congenita y/o preexistente aquella patologia conocida o no de buena fe por el asociado.

Luego de haber leído la reglamentacion de servicios que rige el sistema de salud de sociedad italiana, con sus inclusiones y excepciones, que me ha sido entregada, y haberme sido contestadas las dudas surgidas, acepto las disposiciones contenidas en la misma.

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
N° DOCUMENTO

En caso de ser menor:

.....
PADRE

.....
TUTOR

.....
ENCARGADO



Sociedad Italiana
de Socorros Mutuos de Campana

DECLARACION JURADA

ENFERMEDADES - OPERACIONES - ACCIDENTES
COMPLETAR EL FORMULARIO A MANO EN MAYUSCULAS. LA FIRMA DEL
MISMO SE REALIZARA FRENTE AL PERSONAL AUTORIZADO EN LA
SOCIEDAD ITALIANA DE SOCORROS MUTUOS DE CAMPANA.

Lista de enfermedades que haya padecido:

A. Incluir accidentes, internaciones y enfermedades previas que se consideren superadas.

1.
2.
3.
4.
5.

B. ¿Sufre actualmente algun problema fisico-mental o enfermedad?

1.
2.
3.
4.
5.

C. Responder SÍ o NO según corresponda

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ¿Padece cataratas? | ¿Padece insuficiencia cardíaca? |
| ¿Padece depresión? | ¿Padece osteoporosis? |
| ¿Padece hipertensión arterial? | ¿Padece úlcera y/o gastritis? |
| ¿Padece enfermedad coronaria? | ¿Padece enfermedad ginecológica? |
| ¿Padece problemas de tiroides? | ¿Padece enfermedad prostática? |
| ¿Padece diabetes? | ¿Padece asma? |
| ¿Padece artrosis? | ¿Padece trastornos circulatorios? |

D. ¿Toma medicamentos actualmente, cuales, por qué?

1.
2.
3.
4.

En el caso que la auditoría médica compruebe que se han omitido datos en esta solicitud de inscripción podrá determinar nuevas exclusiones, carencias y eventualmente excluir al asociado.

Declaro conocer y aceptar las preexistencias y patologías precedentes.

.....
FIRMA

.....
ACLARACION

.....
Nº DOCUMENTO

En caso de ser menor:

.....
PADRE

.....
TUTOR

.....
ENCARGADO