

Mutua Tre Esse la invita a compilare il seguente questionario con cura, informandola che **le dichiarazioni inesatte o reticenti rese in sede di compilazione possono comportare la mancata corresponsione di quanto previsto dal Piano sanitario prescelto.**

I dati contenuti nel questionario saranno trattati con la riservatezza tutelata ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679 e nei limiti del consenso al trattamento dei suoi dati personali da Lei sottoscritto nell'allegato alla domanda.

Nome **Cognome**

Età **Peso (in kg)** **Altezza (in cm)**

1. **È mai stato ricoverato in ospedale e/o Istituto di cura fatta eccezione per appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, parto o infortuni avvenuti da oltre 5 anni?** Sì No

Se sì quali, quando e per quale motivo.....

2. **È affetto da imperfezioni fisiche o disturbi funzionali (come ad esempio: deviazione del setto nasale, miopia con più di 5 diottrie, strabismo, sordità, scoliosi, etc.)?** Sì No

Se sì quali e da quando

3. **Ha subito gravi lesioni traumatiche da cui siano derivati postumi invalidanti?** Sì No

Se sì quando, quale parte è stata colpita e con quali esiti

4. **Ha sofferto in passato di altre malattie che pur non avendo dato luogo a ricovero abbiano richiesto analisi, esami diagnostici o visite specialistiche volti all'accertamento e/o controllo delle stesse?** Sì No

Se sì quali, quando e con quali esiti o conseguenze.....

5. **Le risulta di essere attualmente affetto da qualche malattia?** Sì No

Se sì quali, da quando e con quali conseguenze

6. **Assume o ha assunto negli ultimi due anni farmaci in via continuativa?** Sì No

Se sì ne indichi il nome e da quando

7. **Soffre o ha sofferto di una delle lesioni o malattie contenute nel seguente elenco?** Sì No

Se sì barri il quadratino corrispondente

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alluce valgo | <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Flebiti | <input type="checkbox"/> Otite cronica |
| <input type="checkbox"/> Artrosi dell'anca | <input type="checkbox"/> Distacco della retina | <input type="checkbox"/> Glaucomi | <input type="checkbox"/> Periartrite della spalla |
| <input type="checkbox"/> Artrosi del ginocchio | <input type="checkbox"/> Diverticoli dell'intestino | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa | <input type="checkbox"/> Polipi alle corde vocali |
| <input type="checkbox"/> Artrosi diffusa | <input type="checkbox"/> Emorroidi | <input type="checkbox"/> Ipertrofia prostatica | <input type="checkbox"/> Sciatica |
| <input type="checkbox"/> Calcolo della colecisti | <input type="checkbox"/> Epatite virale | <input type="checkbox"/> Lesioni legamenti ginocchio | <input type="checkbox"/> Sindrome tunnel carpale |
| <input type="checkbox"/> Calcoli del fegato | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Lombosciatalgia | <input type="checkbox"/> Ulcera duodenale |
| <input type="checkbox"/> Calcoli renali | <input type="checkbox"/> Ernie del disco | <input type="checkbox"/> Malattie della tiroide | <input type="checkbox"/> Ulcera gastrica |
| <input type="checkbox"/> Cataratta | <input type="checkbox"/> Ernie addominali | <input type="checkbox"/> Mastopatie | <input type="checkbox"/> Varicocele |
| <input type="checkbox"/> Cisti ovariche | <input type="checkbox"/> Fibromi uterini | <input type="checkbox"/> Meniscopatie | |

Data

Firma

In proprio e/o esercente la patria podestà