

Fondo 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 insieme alla Domanda di Adesione.

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