

Veuillez compléter un questionnaire médical par assuré. Pour les enfants de moins de 18 ans, à compléter par le représentant légal. Le questionnaire médical ne peut être examiné que s'il a été répondu à toutes les questions.

ASSURE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

Apposez ici une vignette de la mutualité

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NON

Veuillez cocher oui/non et compléter si nécessaire.

- Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois
 - Si oui, pourquoi ? _____
 - Une hospitalisation est-elle planifiée ?
○ Si oui, pourquoi ? _____
○ Quand ? _____
 - Un traitement ambulatoire est-il planifié
(= sans hospitalisation) ?
p.ex. une série de séances chez le kiné, logopède, dentiste,
○ Si oui, pourquoi ? _____
○ Quand ? _____
 - Prenez-vous régulièrement des médicaments pour une affection chronique ?
○ Si oui, quels médicaments et pour quelle affection ?

 - Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?

Informations spécifiques

Veuillez cocher oui/non et, si oui, compléter et préciser si nécessaire.

Affections cardio-vasculaires

OUI **NON**

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Infarctus
 - Troubles du rythme cardiaque
 - Affection de valve cardiaque
 - Affection des artères
 - Hypertension

oui non

- Hémorragie cérébrale/thrombose cérébrale
 - Malformation cardiaque congénitale
○ Si oui, laquelle ? _____
 - Autre affection
○ Si oui, laquelle ? _____

Affections du système respiratoire

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Asthme
 - Bronchite chronique
 - Emphysème
 - Autre affection

○ Si oui, laquelle ? _____

Affections du système digestif

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Maladie de Crohn
 - Colite ulcéreuse
 - Infection du pancréas
 - Cirrhose du foie
 - Autre affection

○ Si oui, laquelle ? _____

Affections des reins, des voies urinaires

et des organes génitaux

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Calculs rénaux
 - Reins polykystiques
 - Insuffisance rénale/dialyse
 - Problème de prostate
 - Affection de l'utérus/des trompes
 - Autre affection

Si oui, laquelle ? _____

Nom :										
Prénom :						Date de naissance :				

Affections musculaires et ostéo-articulaires

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Arthrose

<input type="radio"/> Hanche	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Genou	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Autre(s) endroit(s) _____	
- Affection rhumatismale
- Hernie discale
- Maladie musculaire
 - Si oui, laquelle ? _____
- Malformations congénitales des os/articulations
 - Si oui, lesquelles ? _____
- Ostéoporose (décalcification des os)
- Autre affection
 - Si oui, laquelle ? _____

Affections neurologiques et psychiques

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Epilepsie
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer
- Dépendance aux drogues
- Dépendance à l'alcool
- Autre affection neurologique ou psychique
 - Si oui, laquelle ? _____

Affections de :

oeil, oreilles, bouche, nez et gorge

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Fente labiale et/ou palatine

- Autres affections buccales et maxillo-faciales

○ Si oui, lesquelles ? _____

- Affection des yeux

○ Si oui, lesquels ? _____

- Problèmes auditifs

○ Si oui, laquelle ? _____

- Autres

○ Si oui, lesquels ? _____

Affections spécifiques

OUI NON

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- Obésité (BMI >=30)
 - BMI = poids en kg : (taille en m X taille en m)
 - Si oui, quel est votre poids actuel ?kg quelle est votre taille ?cm
- Diabète
 - Si oui, utilisez-vous de l'insuline ?
- Hépatite chronique
- HIV positif/SIDA
- Affection maligne (cancer) ?
 - Si oui, de quel organe ? _____
 - Si oui, quand le diagnostic a-t-il été posé ? _____

Etes-vous ou avez-vous été traité par :

- Radiothérapie
- Chimiothérapie
 - Si oui, quand ? _____

Avez-vous subi l'intervention suivante ?

- Transplantation d'organe
 - Si oui, de quel organe ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection qui n'est pas encore mentionnée ?

- Si oui, laquelle ? _____

Je soussigné(e) _____, déclare avoir répondu aux questions qui précèdent sans omission ou inexhaustivité intentionnelle, toute fausse déclaration dans les réponses pouvant entraîner la perte du droit aux remboursements de la SMA "MLOZ Insurance".

Fait à _____ le

			2	0		
--	--	--	---	---	--	--

Signature 

Droit aux remboursements

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d'attente de 3 mois pour Hospitalia Smart, Care et Plus, et 6 mois pour Hospitalia Continuité et Ambulatoire, débutant à la date d'affiliation, est prévue. Il n'y a pas de stage en cas d'accident, moyennant accord du Conseiller Médical d'Hospitalia. Le nouveau-né n'a pas de stage si le stage des parents est terminé avant la naissance (+ exceptions).

En cas d'affiliation au produit Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus et à la Garantie Maladies Graves, après une assurance hospitalisation similaire, le stage peut être supprimé suivant les conditions reprises dans les statuts. Aucun remboursement n'est octroyé pour une hospitalisation débutant pendant cette période de stage.

En cas de maladie, d'affection ou d'état (comme la grossesse) existant à la date d'affiliation ou du transfert de produit et donnant lieu à une hospitalisation,

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée (« Disclaimer ») est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier.

L'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des suppléments de chambre et suppléments d'honoraires en chambre particulière, pour Hospitalia Smart, Hospitalia Care, Hospitalia Plus et la Garantie Maladies Graves (pour autant que le stage soit terminé) et pour Hospitalia Ambulatoire, en refusant le remboursement des prestations ambulatoires liées à cette maladie, affection ou cet état. En cas d'accouchement durant les 9 premiers mois d'affiliation au produit, l'accouchement pourra être considéré comme le résultat d'un état préexistant. Dans ce cas, les frais d'hospitalisation seront pris en charge, à l'exclusion des suppléments liés au séjour lorsque la personne assurée choisit de séjourner en chambre particulière et ce, pour autant que le stage général soit terminé. Toutefois, cette limitation n'est pas d'application si l'accouchement a lieu après 9 mois d'affiliation cumulée, à une assurance mutualiste similaire et à une assurance Hospitalia.