

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Affections musculaires et ostéo-articulaires

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

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

Affections neurologiques et psychiques

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- | | OUI | NON |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dépendance aux drogues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dépendance à l'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autre affection neurologique ou psychique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, laquelle ? _____ | | |

Affections de : oeil, oreilles, bouche, nez et gorge

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- | | OUI | NON |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Fente labiale et/ou palatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Autres affections buccales et maxillo-faciales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, lesquelles ? _____ | | |
| • Affection des yeux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, lesquels ? _____ | | |
| • Problèmes auditifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, laquelle ? _____ | | |
| • Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, lesquels ? _____ | | |

Affections spécifiques

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :

- | | OUI | NON |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Obésité (BMI >=30) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, utilisez-vous de l'insuline ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hépatite chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • HIV positif/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Affection maligne (cancer) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, de quel organe ? _____ | | |
| ○ Si oui, quand le diagnostic a-t-il été posé ? _____ | | |

Etes-vous ou avez-vous été traité par :

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Radiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, quand ? _____ | | |

Avez-vous subi l'intervention suivante ?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Transplantation d'organe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, de quel organe ? _____ | | |

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

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Si oui, laquelle ? _____ | |

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

Fait à _____ le **20**

Signature

Droit aux remboursements

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d'attente de 6 mois, 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 ou Hospitalia et Hospitalia Plus, 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, l'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des

suppléments de chambre et suppléments d'honoraires en chambre particulière, pour Hospitalia et Hospitalia Plus (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 l'assurance Hospitalia.

"Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous adressez en complétant ce formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier d'affiliation à Hospitalia. Ce formulaire sera géré sous la surveillance et la responsabilité du médecin attaché à la SMA. Vous avez le droit de prendre connaissance de vos données personnelles et, le cas échéant, de les faire rectifier suivant les modalités reprises dans la loi du 8 décembre 1992. Vous pouvez exercer ce droit (accès et rectification) auprès du responsable du traitement des données : Société mutualiste d'assurances "MLOZ Insurance", n° d'entreprise 422.189.629 - Route de Lennik 778A - 1070 Bruxelles. Tous renseignements complémentaires sur nos traitements automatisés peuvent être obtenus auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée."