

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 :																														
Couverture choisie :	<input type="checkbox"/> Hospitalia		<input type="checkbox"/> Hospitalia Ambulatoire		<b>N° de registre national</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> <b>OU</b> <b>Apposez ici une vignette de la mutualité</b>																									
	<input type="checkbox"/> Hospitalia Medium		<input type="checkbox"/> Hospitalia Continuité																											
	<input type="checkbox"/> Hospitalia Plus		<input type="checkbox"/> Garantie Maladies Graves																											

INFORMATIONS GÉNÉRALES	OUI	NON
Veuillez cocher oui/non et compléter si nécessaire.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</span></li> <li>○ Si oui, pourquoi ? _____</li> <hr/> <li>• Une hospitalisation est-elle planifiée ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</span></li> <li>○ Si oui, pourquoi ? _____</li> <li>○ Quand ? _____</li> <li>• Un traitement ambulatoire est-il planifié (= sans hospitalisation) ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</span></li> <li>p.ex. une série de séances chez le kiné, logopède, dentiste, ....</li> <li>○ Si oui, pourquoi ? _____</li> <li>○ Quand ? _____</li> <li>• Prenez-vous régulièrement des médicaments pour une affection chronique ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</span></li> <li>○ Si oui, quels médicaments et pour quelle affection ? _____</li> <hr/> <hr/> <li>• Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</span></li> </ul>		
<b>Informations spécifiques</b>		
Veuillez cocher oui/non et, si oui, compléter et préciser si nécessaire.		
<b>Affections cardio-vasculaires</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
• Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Affection de valve cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Affection des artères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
• Hémorragie cérébrale/thrombose cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Malformation cardiaque congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Si oui, laquelle ? _____		
• Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Si oui, laquelle ? _____		
<b>Affections du système respiratoire</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
• Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Si oui, laquelle ? _____		
<b>Affections du système digestif</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
• Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infection du pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Si oui, laquelle ? _____		
<b>Affections des reins, des voies urinaires et des organes génitaux</b>		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
• Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reins polykystiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insuffisance rénale/dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problème de prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Affection de l'utérus/des trompes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre affection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Si oui, laquelle ? _____		

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, Hospitalia Medium 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, l'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des suppléments de chambre

et suppléments d'honoraires en chambre particulière, pour Hospitalia, Hospitalia Medium, 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.

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.