

Vul één medische vragenlijst in per verzekerde. Voor kinderen jonger dan 18 jaar, vult de wettelijke vertegenwoordiger het formulier in. De medische vragenlijst kan pas onderzocht worden als iedere vraag beantwoord werd.

VERZEKERDE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Naam : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Voornaam : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geboortedatum : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gekozen dekking : | <input type="checkbox"/> Hospitalia <input type="checkbox"/> Hospitalia Plus <input type="checkbox"/> Hospitalia Ambulant <input type="checkbox"/> Hospitalia Hospitalia Continuïteit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | Rijksregisternummer <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> OF kleefbriefje van uw ziekenfonds | | | | | | | | | | | | | | | |

| ALGEMENE INFORMATIE | JA | NEEN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Kruis 'ja' of 'neen' aan, en vul zo nodig aan. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Werd u de laatste 24 maanden opgenomen in het ziekenhuis? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, waarvoor? _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Is er een ziekenhuisopname gepland? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, waarvoor? _____ ○ Wanneer? _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Is er een ambulante behandeling gepland (= zonder ziekenhuisopname)? Bv. een reeks zittingen bij de kinesist, logopedist, tandarts, ... <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, waarvoor? _____ ○ Wanneer? _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Neemt u regelmatig geneesmiddelen? pour une affection chronique ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke geneesmiddelen en voor welke aandoening? _____ _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Voor vrouwen: bent u zwanger? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN | | |
| Specifieke gezondheidsinformatie | | |
| Kruis 'ja' of 'neen' aan, en vul zo nodig aan. | | |
| Hart- en vaataandoeningen | | |
| Lijdt u of hebt u geleden aan: | | |
| • Hartinfarct | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hartritmestoornissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hartklepaandoening | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aandoening van de slagaders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hersenbloeding/hersentrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | JA | NEEN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aangeboren hartafwijking <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke? _____ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Andere aandoening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke? _____ | | |
| Aandoeningen van het ademhalingsstelsel | | |
| Lijdt u of hebt u geleden aan: | | |
| • Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronische bronchitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Emfyseem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere aandoening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke? _____ | | |
| Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel | | |
| Lijdt u of hebt u geleden aan: | | |
| • Ziekte van Crohn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pancreasontsteking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Levercirrose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere aandoening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke? _____ | | |
| Aandoeningen van nier- en urinewegen en geslachtsorganen | | |
| Lijdt u of hebt u geleden aan: | | |
| • Nierstenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Polycystische nieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierinsufficiëntie/nierdialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prostaatprobleem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aandoening van baarmoeder/eileiders | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere aandoening <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEEN ○ Zo ja, welke? | | |

Naam :

Voornaam :

Geboortedatum :

Aandoeningen van spieren, beenderen en gewrichten

JA NEEN

Lijdt u of hebt u geleden aan:

- Artrose
 - Heup
 - Knie
 - Andere plaats(en) _____
- Reumatische aandoening JA NEEN
- Discushernia JA NEEN
- Spierziekte JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____
- Aangeboren afwijkingen aan beenderen/gewrichten JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____
- Osteoporose (botontkalking) JA NEEN
- Andere aandoening JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____

Neurologische en psychische aandoeningen

JA NEEN

Lijdt u of hebt u geleden aan:

- Epilepsie JA NEEN
- Multiple sclerose JA NEEN
- Ziekte van Parkinson JA NEEN
- Ziekte van Alzheimer JA NEEN
- Verslaving aan drugs JA NEEN
- Verslaving aan alcohol JA NEEN
- Andere neurologische of psychische aandoening JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____

Aandoeningen van oog, oor, mond, neus en keel

JA NEEN

Lijdt u of hebt u geleden aan:

- Gespleten lip en/of verhemelte JA NEEN

- Andere aandoeningen van mond-kaak-aangezicht JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____
- Aandoening van de ogen JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____
- Gehoorproblemen JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____
- Andere aandoening JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____

Specifieke aandoeningen

JA NEEN

Lijdt u of hebt u geleden aan:

- Obesitas (BMI >=30) JA NEEN
 - BMI = gewicht in kg : (lengte in m X lengte in m)
 - Zo ja, wat is uw huidige gewicht?kg
wat is uw lengtecm
- Diabetes JA NEEN
 - Zo ja, gebruikt u insuline? JA NEEN
- Chronische hepatitis JA NEEN
- HIV-positiviteit / aids JA NEEN
- Kwaadaardige aandoening (kanker) JA NEEN
 - Zo ja, aan welk orgaan? _____
 - Zo ja, wanneer werd de diagnose gesteld? _____

Wordt of werd u behandeld met:

- Radiotherapie JA NEEN
- Chemotherapie JA NEEN
 - Zo ja, wanneer? _____

Hebt u de volgende ingreep ondergaan?

- Orgaantransplantatie JA NEEN
 - Zo ja, van welk orgaan? _____

Lijdt u of hebt u geleden aan een aandoening die nog niet vermeld werd?

- JA NEEN
 - Zo ja, welke? _____

Ik, ondergetekende _____, verklaar dat ik op bovenstaande vragen een antwoord gegeven heb zonder enige opzettelijke weglating of fout. Ik ben mij ervan bewust dat iedere valse verklaring in mijn antwoorden kan leiden tot het verlies van het recht op de terugbetalingen van de VMOB 'MLOZ Insurance'.

Opgemaakt te _____ op 2 0

Handtekening

Recht op terugbetalingen

Om onze terugbetalingen te kunnen genieten, moet er een wachttijd van zes maanden vervuld worden die begint te lopen op de aansluitingsdatum. Er is geen wachttijd voor een ongeval, mits toestemming van de medisch adviseur Hospitalia. Pasgeborenen hoeven geen wachttijd te vervullen als de wachttijd van de ouders afgelopen is vóór zijn geboorte en als de inschrijving gebeurd is binnen de 3 maanden na de geboorte (+ uitzonderingen).

In geval van aansluiting bij het product Hospitalia of Hospitalia Plus na een gelijkaardige hospitalisatieverzekering, kan de wachttijd afgeschaft worden volgens de in de statuten vermelde voorwaarden. Er wordt geen terugbetaling toegekend voor een ziekenhuisopname die begint tijdens deze wachttijd.

In geval van een ziekte, aandoening of toestand (zoals zwangerschap) die bestaat op de datum van aansluiting of overgang van het ene product naar het andere en die een

ziekenhuisopname veroorzaakt, is er een beperkte tegemoetkoming: uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen voor een verblijf in een eenpersoonskamer, voor Hospitalia en Hospitalia Plus (als de wachttijd beëindigd is) en voor Hospitalia Ambulant, waarbij er geen terugbetaling is van de ambulante verstrekkingen in verband met die ziekte, aandoening of toestand.

In geval van bevalling tijdens de eerste 9 maanden van aansluiting bij het product, kan de bevalling beschouwd worden als het resultaat van een vooraf bestaande toestand. In dat geval zullen de hospitalisatiekosten ten laste genomen worden, voor zover de algemene wachttijd vervuld is, met uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen, wanneer de verzekerde kiest voor een verblijf in eenpersoonskamer. Deze beperking is echter niet van toepassing indien de bevalling gebeurt na 9 maanden gecumuleerde aansluiting bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering en de verzekering Hospitalia samen.

"Conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zullen de gegevens die u ons bezorgt door dit formulier in te vullen, worden gebruikt bij de opvolging van uw dossier voor de aanvraag van aansluiting bij Hospitalia. Het formulier wordt beheerd onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de aan Hospitalia verbonden arts. U hebt het recht om kennis te krijgen van uw persoonsgegevens en, in voorkomend geval, om die gegevens te laten verbeteren volgens de modaliteiten die zijn vastgesteld in de wet van 8 december 1992. U kan dat recht (toegang tot uw persoonsgegevens en verbetering) uitoefenen bij de verantwoordelijke voor de verwerking van de gegevens: VMOB (Maatschappij van Onderlinge Bijstand 'MLOZ Insurance'), ondernemingsnummer 422.189.629, Lenniksebaan 778A in 1070 Brussel. Voor bijkomende inlichtingen voor de geautomatiseerde verwerking kan u terecht bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer."