



Bitte einen medizinischen Fragebogen pro versicherte Person ausfüllen. Für Kinder unter 18 Jahre ist der Fragebogen vom gesetzlichen Vertreter auszufüllen.

Der medizinische Fragebogen kann nur berücksichtigt werden, wenn alle Fragen beantwortet wurden.

### Versicherte Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gewählte Deckung:  Hospitalia  Hospitalia Kontinuität  
 Hospitalia Medium  Garantie für schwere Krankheiten  
 Hospitalia Plus

Nationalregisternummer:

oder  
kleben Sie hierhin eine Vignette

<b>ALLGEMEINE INFORMATIONEN</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Bitte JA/NEIN ankreuzen und vervollständigen, falls erforderlich.		
• Sind Sie im Laufe der letzten 24 Monate hospitalisiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, warum? _____		
<hr/>		
• Ist ein Krankenhausaufenthalt vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, warum? _____		
○ Wann? _____		
<hr/>		
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche Medikamente und für welche Krankheit?		
<hr/>		
<hr/>		
• Für Frauen: sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<b>BESONDERE INFORMATIONEN</b>		
Bitte JA/NEIN ankreuzen; falls JA, bitte vervollständigen und präzisieren		
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b>		
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Herzklappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Arterien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gehirnblutung/Hirnthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angeborene Herz-Fehlbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche? _____		
• Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche? _____		

<b>Erkrankungen des Atmungssystems</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche? _____		
<hr/>		
<b>Erkrankungen des Verdauungssystems</b>		
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Morbus Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bauchspeicheldrüseninfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche? _____		
<hr/>		
<b>Erkrankungen der Nieren, der Harnwege und der Geschlechtsorgane</b>		
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Nierensteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polyzystische Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Niereninsuffizienz/Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prostata-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gebärmutter-/Eierstockerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche? _____		
<hr/>		
<b>Muskel-, Knochen- und Gelenkerkrankungen</b>		
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Arthrose		
○ Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Andere Stelle(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		

Nome:

Vorname:

Geburtsdatum:

- Rheumatische Erkrankung
- Bandscheibenvorfall
- Muskelerkrankung    
○ Falls JA, welche? \_\_\_\_\_
- Angeborene Fehlbildung der Knochen/Gelenke    
○ Falls JA, welche? \_\_\_\_\_
- Osteoporose (Entkalkung der Knochen)
- Andere Erkrankung    
○ Falls JA, welche? \_\_\_\_\_

**Neurologische und psychische Erkrankungen**

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Leiden oder litten Sie früher an:  |                          |                          |
| • Epilepsie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Multiple Sklerose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Parkinson  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alzheimer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Drogenabhängigkeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alkoholabhängigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere neurologische oder psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>○ Falls JA, welche? _____ |                          |                          |

**Mund-, Nasen-, Hals-, Augen- und Ohrenerkrankung**

- |  | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Leiden oder litten Sie früher an:  |     |     |
| • Lippen- und/oder Gaumen-Spalte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                   |     |     |
| • Andere Mund und Kiefer-Erkrankungen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>○ Falls JA, welche? _____ |     |     |
| • Augenprobleme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>○ Falls JA, welche? _____                       |     |     |

- Hörprobleme    
○ Falls JA, welche? \_\_\_\_\_
- Andere Erkrankungen    
○ Falls JA, welche? \_\_\_\_\_

**Spezifische Erkrankungen**

- |   | JA | NEIN |
|---|----|------|
| Leiden oder litten Sie früher an:   |    |      |
| • Fettleibigkeit (BMI >=30) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>BMI = Gewicht in kg : (Größe in m X Größe in m)<br>○ Falls JA, Ihr Gewicht? .....kg<br>Ihre Größe? .....cm |    |      |
| • Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>○ Falls JA, benutzen Sie Insulin? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |    |      |
| • Chronische Hepatitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |    |      |
| • HIV positiv/AIDS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |    |      |
| • Bösartige Erkrankung (Krebs) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>○ Falls JA, welches Organ? _____<br>○ Falls JA, wann wurde die Diagnose gestellt? _____                 |    |      |

Werden oder wurden Sie behandelt durch:

- Bestrahlung (Radiotherapie)
- Chemotherapie    
○ Falls JA, wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich nachstehendem Eingriff unterzogen?

- Organtransplantation    
○ Falls JA, welches Organ? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie früher an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt wurde?

- Falls JA, welche? \_\_\_\_\_

Ich Unterzeichnete(r) \_\_\_\_\_, erkläre hiermit, auf alle vorstehenden Fragen ohne vorsätzliche Unterlassung oder Ungenauigkeit geantwortet zu haben; jede falsche Erklärung in den Antworten kann den Verlust des Anrechtes auf Erstattungen seitens der VaG „MLOZ Insurance“ zur Folge haben.

Ausgestellt in \_\_\_\_\_ am  20

Unterschrift

**Anrecht auf Erstattung**

Ab dem Einschreibedatum wird das Anrecht auf Erstattungen erst nach der Erfüllung einer Wartezeit von 6 Monaten eröffnet. Die Wartezeit entfällt bei Unfall, mittels Einverständnis des Medizinischen Beraters der VaG. Die Wartezeit entfällt ebenfalls für Neugeborene, falls diese innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab der Geburt eingetragen werden und die Wartezeit der Eltern vor der Geburt des Kindes beendet ist.

Bei Eintragung in das Produkt Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus und in die Garantie für schwere Krankheiten, welche im Anschluss an eine gleichwertige Krankenhausversicherung stattfindet, kann die Wartezeit entsprechend den Bedingungen der Satzung gestrichen werden. Insofern der Krankenhausaufenthalt während der Wartezeit beginnt, werden die Kosten nicht erstattet.

Falls zum Eintragungsdatum oder zum Datum des Wechsels zu einem anderen Hospitalia-Produkt bereits eine Krankheit besteht, oder ein Leiden oder ein besonderer Zustand (wie bspw. eine Schwangerschaft), und dies zu einer

Hospitalisierung führt, so wird die Kostenübernahme hierfür begrenzt: Ausschluss der Zimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer für Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus (vorausgesetzt die Wartezeit ist beendet).

Eine Geburt, die während der ersten 9 Monate der Mitgliedschaft in dem Hospitalia-Produkt stattfindet, kann als ein besonderer Zustand angesehen werden. In diesem Fall werden die Kosten erstattet, mit Ausnahme der Zimmer- und Honorarzuschläge in Verbindung mit dem Aufenthalt, insofern der Versicherte sich für einen Aufenthalt im Einzelzimmer entscheidet und vorausgesetzt der Versicherte hat seine Wartezeit beendet.

Diese Begrenzung gilt jedoch nicht für Versicherte, die vor ihrer Einschreibung in Hospitalia bei einer anderen Krankenkasse einer gleichwertigen Krankenhausversicherung angeschlossen waren, insofern die Geburt nach 9 Monaten Mitgliedschaft, unter Anrechnung der früheren Versicherungszeit, stattfindet.