



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"/> |
| ○ 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"/> |
| ○ Falls JA, welche? _____             |                          |                          |
| • Augenprobleme                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ 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)<br>BMI = Gewicht in kg : (Größe in m X Größe in m) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Falls JA, Ihr Gewicht? .....kg<br>Ihre Größe? .....cm                        |                          |                          |
| • Diabetes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ 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"/> |
| ○ Falls JA, welches Organ? _____   |                          |                          |
| ○ 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.

Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich hiermit der VaG "MLOZ Insurance", die benötigten Gesundheitsdaten bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Zusätzlichen Dienste bei meiner Krankenkasse oder beim Landesbund der Freien Krankenkassen einzuholen und zu bearbeiten.

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 oder in Hospitalia und Hospitalia Plus, 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 und 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.

Laut Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Datenschutz hinsichtlich der Bearbeitung von persönlichen Daten, sind die von Ihnen auf diesem Formular vervollständigten Angaben ausschließlich für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages auf Mitgliedschaft in Hospitalia bestimmt. Dieses Formular wird unter der Aufsicht und Verantwortlichkeit des an die VaG gebundenen Arztes verwaltet. Gemäß der EU Verordnung 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung) vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Verkehr solcher Daten agiert MLOZ Insurance, mit Sitz in 1070 Brüssel, Route de Lennik 778A, Unternehmensnummer 422.189.629, als „Verantwortliche Stelle“ für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter [www.freie.be/privacy](http://www.freie.be/privacy).