

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:							Nationalregisternummer: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> oder kleben Sie hierhin eine Vignette																							

ALLGEMEINE INFORMATIONEN	JA	NEIN
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 für eine chronische Krankheit 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/>		
BESONDERE INFORMATIONEN		
Bitte JA/NEIN ankreuzen; falls JA, bitte vervollständigen und präzisieren		
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	JA	NEIN
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? _____		

Erkrankungen des Atmungssystems	JA	NEIN
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? _____		
Erkrankungen des Verdauungssystems	JA	NEIN
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? _____		
Erkrankungen der Nieren, der Harnwege und der Geschlechtsorgane	JA	NEIN
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? _____		
Muskel-, Knochen- und Gelenkerkrankungen	JA	NEIN
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Arthrose		
○ Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Andere Stelle(n) _____		

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

• Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Muskelerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche?	_____	
• Angeborene Fehlbildung der Knochen/Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche?	_____	
• Osteoporose (Entkalkung der Knochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 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		
	JA	NEIN
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche?	_____	
• Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welche?	_____	
Spezifische Erkrankungen		
	JA	NEIN
Leiden oder litten Sie früher an:		
• Fettleibigkeit (BMI >=30) BMI = Gewicht in kg : (Größe in m X Größe in m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, Ihr Gewicht?kg 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, wann?	_____	
Haben Sie sich nachstehendem Eingriff unterzogen?		
• Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Falls JA, welches Organ?	_____	
Leiden oder litten Sie früher an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt wurde?		
○ Falls JA, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 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 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.

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter www.freie.be/datenschutzbestimmungen oder auf schriftliche Anfrage.