

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:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Nationalregisternummer:

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 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) _____		

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
- Multiple Sklerose
- Parkinson
- Alzheimer
- Drogenabhängigkeit
- Alkoholabhängigkeit
- Andere neurologische oder psychische Erkrankung
- Falls JA, welche? _____

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

Leiden oder litten Sie früher an:

- Lippen- und/oder Gaumen-Spalte
- Andere Mund und Kiefer-Erkrankungen
- Falls JA, welche? _____
- Augenprobleme
- 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)
- BMI = Gewicht in kg : (Größe in m X Größe in m)
- Falls JA, Ihr Gewicht?kg
Ihre Größe?cm
- Diabetes
- Falls JA, benutzen Sie Insulin?
- Chronische Hepatitis
- HIV positiv/AIDS
- Bösartige Erkrankung (Krebs)
- 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.

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.

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.