

- Soort aansluiting: *Nieuwe aansluiting* *Overgang andere dekking*
- Gekozen dekking: Hospitalia Hospitalia EN Hospitalia Ambulant
- Hospitalia Plus Hospitalia Plus EN Hospitalia Ambulant
- Hospitalia Continuïteit Hospitalia Continuïteit EN Hospitalia Ambulant

Geef één medische vragenlijst in te vullen per te verzekeren persoon. Voor kinderen jonger dan 18 jaar, door de ouders in te vullen.

Naam en voornaam van de te verzekeren persoon _____ Ziekenfonds <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> _____ Rijksregisternummer <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																<b style="color: orange;">Kleefbriefje ziekenfonds aanbrengen

Algemene gezondheidsinformatie	JA	NEEN
Gelieve ja/nee aan te kruisen en indien nodig aan te vullen.		
• Werd u de laatste 24 maanden gehospitaliseerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, waarvoor? _____		

• Is er een hospitalisatie gepland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, waarvoor? _____		
o Wanneer? _____		
• Neemt u regelmatig geneesmiddelen voor een chronische aandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke geneesmiddelen en voor welke aandoening?		

• Voor vrouwen: bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specifieke gezondheidsinformatie		
Gelieve ja/nee aan te kruisen en, in geval van ja, aan te vullen en te specificeren waar nodig.		
Hart- en vaatandoeningen		
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Aangeboren hartafwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
• Hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hartritmestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hartklepaandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aandoening van de slagaders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEEN
• Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hersenbloeding/hersentrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
Aandoeningen van het ademhalingsstelsel		
Lijdt u of heeft 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"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel		
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Ziekte van Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ontsteking pancreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Levercirrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
Aandoeningen van nier- en urinewegen en geslachtsorganen		
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polykystische nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierfalen/dialyse	<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"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		

Aandoeningen van spieren, beenderen en gewrichten		
	JA	NEEN
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Artrose		
o Heup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Andere plaats(en)? _____		
• Reumatische aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Discus hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
• aangeboren afwijkingen aan beenderen/gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
• Osteoporose (botontkalking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
Neurologische en psychische aandoeningen		
	JA	NEEN
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Multiple sclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ziekte van Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ziekte van Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychische aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
• Andere aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		

Aandoeningen van mond, neus, keel en oor		
	JA	NEEN
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Gespleten lip en/of verhemelte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gehoorsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, welke? _____		
Specifieke aandoeningen		
	JA	NEEN
Lijdt u of heeft u geleden aan:		
• Obesitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, gebruikt u insuline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HIV positiviteit/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kwaadaardige aandoening (kanker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, van welk orgaan? _____		
o Zo ja, wanneer werd de diagnose gesteld? _____		
Ondergaat / heeft u een behandeling ondergaan met		
• Radiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, wanneer? _____		
Heeft u volgende ingreep ondergaan?		
• Orgaantransplantatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Zo ja, van welk orgaan? _____		
Lijdt u of heeft u geleden aan een aandoening die nog niet vermeld werd?		
o Zo ja, welke? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Opgemaakt te _____ op

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Handtekening

--

Recht op terugbetalingen

Om onze terugbetalingen te kunnen genieten, moet u een wachttijd van 6 maanden vervullen die begint te lopen op de aansluitingsdatum.

Er is geen wachttijd voor een ongeval, mits de toestemming van onze Medische Adviseur van Hospitalia.

De pasgeborene hoeft geen wachttijd te vervullen, indien de wachttijd van de ouders beëindigd is vóór 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.

Voor een overgang van het ene product Hospitalia naar het andere, raden wij u aan om contact op te nemen met uw ziekenfonds.

In geval van een ziekte, aandoening of toestand (zoals zwangerschap) die bestaat op het ogenblik van de aansluiting of op het ogenblik van de overgang van het ene product naar het andere en die een ziekenhuisopname veroorzaakt, wordt de tegemoetkoming beperkt tot 20 euro per dag ziekenhuisopname en dit naar rata van ten hoogste het bedrag dat ten laste van de aangeslotene blijft, voor zover de wachttijd volledig vervuld is.