VMOB Hospitaal-Plus, verzekeringsmaatschappij
van onderlinge bijstand, toelatingsnummer verzekeringsonderneming 450/01
Maatschappelijke zetel: Livornostraat 25 – 1050 Brussel
KBO-nummer: 0471.459.194

- VERTROUWELIJK -
Medische vragenlijst Hospitaal-Plus

Voeg dit ingevulde en ondertekende document bij het verzekeringsvoorstel. Voor elke kandidaat-verzekerde moet een medische vragenlijst ingevuld worden. Voor kandidaat-verzekerden jonger dan 18 jaar, vullen de ouders of wettelijke vertegenwoordiger dit document in en ondertekenen het. Gelieve op ALLE vragen te antwoorden.

Gegevens in te vullen door de kandidaat-verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger

Persoonlijke gegevens van de kandidaat-verzekerde:

Vul in of breng een blauwe klever aan:

Rijksregisternummer: _____

Naam + voornaam: _____

Straat + nummer: _____

Postcode + gemeente: _____

Medische gegevens van de kandidaat-verzekerde:

Wat is uw lengte? _____ cm **Wat is uw gewicht?** _____ kg

Heeft u een erkende invaliditeit of handicap? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welke? _____

Werd u de voorbije vijf jaar gehospitaliseerd?
Hiermee worden ook opnames om psychiatrische redenenen opnames in de dagkliniek bedoeld. ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, wat was de reden van de opname(s) en wanneer vond(en) die plaats? _____

Onderging u toen een of meerdere heelkundige ingrepen? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welke en wanneer? _____

Zijn er restletsels? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welke? Wat is het percentage invaliditeit? _____

Neemt u momenteel geneesmiddelen, of heeft u dit in de voorbije 24 maanden gedaan? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welke en waarom? _____

Volgt u andere behandelingen (kine, dieet, prothese,...) of deed u dit in de voorbije 24 maanden? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welke en waarom? _____

Voorziet u een ziekenhuisopname in de (nabije) toekomst? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, waarvoor? _____

Was u ooit het slachtoffer van een ongeval? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, Wat voor ongeval was dit en wanneer heeft het zich voorgedaan? _____

Wat waren de letsels en hield u hier een invaliditeit aan over? Zo ja, hoeveel bedraagt het invaliditeitspercentage? _____

Raadpleegde u in de voorbije 24 maanden een geneesheer of onderging u onderzoeken? ❍ JA ❍ NEEN
Zo ja, welk(e) soort onderzoek(en) onderging u?
❍ endoscopie ❍ tandarts ❍ laboratoriumonderzoek ❍ orthopedie
❍ hartonderzoek ❍ echografie, radiografie, CT-scan, MRI, NMR,... ❍ luchtwegen
❍ andere,namelijk: _____
Werden er afwijkingen vastgesteld? _____

Onderging u ooit radiotherapie (bestralingen)? ❍ JA ❍ NEEN
Werd u ooit behandeld met radioactieve producten? ❍ JA ❍ NEEN
Onderging u ooit chemotherapie? ❍ JA ❍ NEEN
Wat was de reden van deze therapie(ën) en wanneer onderging u die? _____

Bent u momenteel zwanger? ❍ JA ❍ NEEN ❍ NIET VAN TOEPASSING
Zo ja, wanneer is de vermoedelijke datum van de bevalling? .... / .... / ....

Lijdt u of heeft u ooit geleden aan een van volgende aandoeningen? Zoja, hoofdcategorie **EN** subcategorie aanvinken aub.

❍ aandoening van zenuwstelsel of spieren
- ❍ epilepsie (vallende ziekte)
- ❍ multiplesclerose (MS)
- ❍ hersenbloeding - beroerte
- ❍ zenuwpijn (ischias,...)
- ❍ ziekte van Parkinson
- ❍ ziekte van Alzheimer
- ❍ migraine
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening van het hart of de bloedsomloop
- ❍ hypertensie
- ❍ spataders
- ❍ hartinfarct
- ❍ ritmestoornissen
- ❍ pacemaker
- ❍ hartgeruis - klepaandoening
- ❍ artherosclerose - aderverkalking
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening van spijsverteringsstelsel/buikaandoening
- ❍ slokdarm: _____
- ❍ maag: _____
- ❍ dunnedarm: _____
- ❍ dikkedarm: _____
- ❍ rectum/aars: _____
- ❍ lever: _____
- ❍ pancreas: _____
- ❍ galblaas: _____
- ❍ buikwand - liesbreuk - navelbreuk
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening van de beenderen en/of gewrichten
- ❍ discus - hernia
- ❍ nekpijn
- ❍ rugpijn - lumbago
- ❍ artrose
- ❍ reumatische aandoening: _____
- ❍ osteoporose (botontkalking)
- ❍ amputatie: _____
- ❍ aangeboren afwijking: _____
- ❍ prothese: _____
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening van nieren, urinewegen of geslachtsorganen
- ❍ niergruis - nierstenen
- ❍ nierinsufficiëntie
- ❍ gestoorde urinetesten (eiwitten, bloed, ...)
- ❍ urinewegen (kolieken, blaasontsteking, ...)
- ❍ geslachtsorganen: _____
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ endocrinologische aandoening (klieren)/stofwisseling
- ❍ diabetes (suikerziekte)
  - ❍ type 1 ❍ type 2
- ❍ verhoogde cholesterol
- ❍ jicht
- ❍ schildklier
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ een psychische aandoening
- ❍ overspannen burn-out
- ❍ productafhankelijkheid (alcohol, drugs, medicatie,...)
- ❍ depressie
- ❍ neurose (angsstoornis, dwangneurose,...)
- ❍ psychose (geestesziekten)
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening van het ademhalingsstelsel
- ❍ astma
- ❍ chronische bronchitis
- ❍ slaapapneu
- ❍ emfyseem
- ❍ TBC
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ aandoening aan oog, oor, neus, mond of keel
- ❍ cataract
- ❍ strabisme
- ❍ oor: _____
- ❍ neus: _____
- ❍ mond/keel: _____
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ een bloedziekte
- ❍ bloedstollingsstoornis (hemofilie, ...)
- ❍ bloedarmoede
- ❍ afwijking in het beenmerg
- ❍ leukemie
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ een parasitaire ziekte, infectie- of geslachtsziekte
- ❍ AIDS - HIV
- ❍ tropische ziekte (malaria, cholera, ...): _____
- ❍ andere: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ een kwaadaardige aandoening: _____

Zo ja, sinds: _____

❍ een andere aandoening: _____

Ik ondergetekende _____ (voornaam + naam) verklaar dat de gegevens op dit attest volledig, naar waarheid en oprecht zijn geformuleerd en geef VMOB Hospitaal-Plus de toestemming bovenvermelde gegevens te verwerken met het oog op het beheer van de verzekeringsovereenkomst en eventuele schadedossiers. Ik ben me er van bewust dat het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen mededelen van gegevens tot het verlies van het recht op terugbetalingen door VMOB Hospitaal-Plus kan leiden. **Ik weet dat - behoudens statutaire uitzonderingen - gedurende de eerste vijf jaar van de overeenkomst met Hospitaal-Plus bij een opname ten gevolge van een voorafbestaande aandoening (en negen maanden indien het een voorafbestaande toestand betreft)met verblijf in een eenpersoonskamer de aangerekende kamer- en ereloonsupplementen niet worden vergoed.**

Opgemaakt in _____ (plaats), op ...../..... /.....

Handtekening:

"Conform de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en conform de Algemene Verordening Gegevensverwerking (AVG), zullen de gegevens die u ons bezorgt door dit formulier in te vullen, worden gebruikt bij de opvolging van uw dossier voor de aanvraag van aansluiting bij Hospitaal-Plus. Het formulier wordt beheerd onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de aan Hospitaal-Plus verbonden arts. U hebt het recht om kennis te krijgen van uw persoonsgegevens en, in voorkomend geval, om die gegevens te laten verbeteren volgens de modaliteiten die zijn vastgesteld in de wet van 30 juli 2018. U kan dat recht (toegang tot uw persoonsgegevens en verbetering) uitoefenen bij de verantwoordelijke voor de verwerking van de gegevens: VMOB (Maatschappij van Onderlinge Bijstand 'Hospitaal-Plus), ondernemingsnummer 0471.459.194, Livornostraat 25, 1050 Brussel. Voor bijkomende inlichtingen voor de geautomatiseerde verwerking kan u terecht bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer."