

# Questionnaire médical



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

La Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent

Davantage d'informations?  
[www.partena-mutualite.be](http://www.partena-mutualite.be)

**CONFIDENTIEL** Veuillez compléter un questionnaire médical par assuré. Pour les enfants de moins de 18 ans, à compléter par le représentant légal. Le questionnaire médical ne peut être examiné que s'il a été répondu à toutes les questions.

Nom : ..... Numéro national : .....

Prénom : ..... (ou apposez une vignette de la mutualité)

Date de naissance : .....

Couverture choisie :  Hospitalia  Hospitalia Ambulatoire  
 Hospitalia Medium  Hospitalia Continuité  
 Hospitalia Plus  Garantie Maladies Graves

**INFORMATIONS GENERALES**  
 Veuillez cocher oui/non et compléter si nécessaire

**Avez-vous été hospitalisé ces 24 derniers mois ?** OUI  NON   
 Si oui, pourquoi ? .....

**Une hospitalisation est-elle planifiée ?** OUI  NON   
 Si oui, pourquoi ? .....

**Un traitement ambulatoire est-il planifié (= sans hospitalisation) ?** OUI  NON   
 p.ex. une série de séances chez le kiné, logopède, dentiste, ....  
 Si oui, pourquoi ? .....

**Prenez-vous régulièrement des médicaments ?** OUI  NON   
 Si oui, pourquoi ? .....

**Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?** OUI  NON

**INFORMATIONS SPECIFIQUES**  
 Veuillez cocher oui/non et compléter si nécessaire

**Affections cardio-vasculaires**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON

- Infarctus
- Troubles du rythme cardiaque
- Affection de valve cardiaque
- Affection des artères
- Hypertension
- Hémorragie cérébrale/thrombose cérébrale

**Affections du système respiratoire**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON

- Malformation cardiaque congénitale  
Si oui, laquelle ? .....
- Autre affection  
Si oui, laquelle ? .....
- Asthme
- Bronchite chronique
- Emphysème
- Autre affection  
Si oui, laquelle ? .....

**Affections du système digestif**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON

- Maladie de Crohn
- Colite ulcéreuse
- Infection du pancréas
- Cirrhose du foie
- Autre affection  
Si oui, laquelle ? .....

**Affections des reins, des voies urinaires et des organes génitaux**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON

- Calculs rénaux
- Reins polykystiques
- Insuffisance rénale/dialyse
- Problème de prostate
- Affection de l'utérus/des trompes
- Autre affection  
Si oui, laquelle ? .....

**Affections musculaires et ostéo-articulaires**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : OUI NON

- Arthrose
  - Hanche
  - Genou
  - Autre(s) endroit(s): .....
- Affection rhumatismale
- Hernie discale



\*A038011D0000000559310900\*

Nom .....  
 Prénom ..... Date de naissance .....

**Affections musculaires et ostéo-articulaires (suite)**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Maladie musculaire    
 Si oui, laquelle ? .....
- Malformations congénitales des os/  
 articulations    
 Si oui, laquelle ? .....
- Ostéoporose (décalcification des os)
- Autre affection    
 Si oui, laquelle ? .....

**Affections neurologiques et psychiques**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Epilepsie
- Sclérose en plaques
- Maladie de Parkinson
- Maladie d'Alzheimer
- Dépendance aux drogues
- Dépendance à l'alcool
- Autre affection neurologique ou  
 psychique    
 Si oui, laquelle ? .....

**Affection de : oeil, oreilles, bouche, nez et gorge**

- Fente labiale et/ou palatine
- Autres affections buccales et maxillo-  
 faciales    
 Si oui, lesquelles ? .....
- Affection des yeux    
 Si oui, laquelle ? .....
- Problèmes auditifs    
 Si oui, lesquelles ? .....
- Autres    
 Si oui, lesquelles ? .....

**Affections spécifiques**  
 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : **OUI NON**

- Obésité (BMI >=30)    
*BMI = poids en kg : (taille en m X taille en m)*  
  
 Si oui, quel est votre poids actuel ? .....kg  
 quelle est votre taille ? .....cm
- Diabète    
 Si oui, utilisez-vous de l'insuline ?
- Hépatite chronique
- HIV-positif /SIDA
- Affection maligne (cancer)    
 Si oui, de quel organe ? .....  
 Si oui, quand le diagnostic a-t-il été posé ?  
 .....

**Ettes-vous ou avez-vous été traité par :**

- Radiothérapie
- Chimiothérapie    
 Si oui, quand ? .....

**Avez-vous subi l'intervention suivante ?**

- Transplantation d'organe    
 Si oui, de quel organe ? .....
- Souffrez-vous ou avez-vous souffert  
 d'une affection qui n'est pas encore  
 mentionnée ?    
 Si oui, laquelle ? .....

Je soussigné(e), déclare avoir répondu aux questions qui précèdent sans omission ou inexactitude intentionnelle, toute fausse déclaration dans les réponses pouvant entraîner la perte du droit aux remboursements de la SMA « MLOZ Insurance ».

Fait à : ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

**Droit aux remboursements**

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d'attente de 6 mois, débutant à la date d'affiliation, est prévue. Il n'y a pas de stage en cas d'accident, moyennant accord du Conseiller Médical d'Hospitalia. Le nouveau-né n'a pas de stage si le stage des parents est terminé avant la naissance (+ exceptions).

En cas d'affiliation au produit Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus et à la Garantie Maladies Graves, après une assurance hospitalisation similaire, le stage peut être supprimé suivant les conditions reprises dans les statuts. Aucun remboursement n'est octroyé pour une hospitalisation débutant pendant cette période de stage.

En cas de maladie, d'affection ou d'état (comme la grossesse) existant à la date d'affiliation ou du transfert de produit et donnant lieu à une hospitalisation, l'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des

suppléments de chambre et suppléments d'honoraires en chambre particulière, pour Hospitalia, Hospitalia Medium et Hospitalia Plus (pour autant que le stage soit terminé) et pour Hospitalia Ambulatoire, en refusant le remboursement des prestations ambulatoires liées à cette maladie, affection ou cet état.

En cas d'accouchement durant les 9 premiers mois d'affiliation au produit, l'accouchement pourra être considéré comme le résultat d'un état préexistant. Dans ce cas, les frais d'hospitalisation seront pris en charge, à l'exclusion des suppléments liés au séjour lorsque la personne assurée choisit de séjourner en chambre particulière et ce, pour autant que le stage général soit terminé. Toute-fois, cette limitation n'est pas d'application si l'accouchement a lieu après 9 mois d'affiliation cumulée, à une assurance mutualiste similaire et à une assurance Hospitalia.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée (« Disclaimer ») est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier.

Partena-OZV est un agent d'assurances (n° OCM 5006c) pour 'MLOZ Insurance', la SMA des Mutualités Libres, (Route de Lennik 788 A, 1070 Bruxelles - RPM Bruxelles, 422.189.629) agréé sous le n° OCM 750/01 (pour les branches 2 et 18).