

Medische Keuring levensverzekering - Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Dossiernummer REAAL _____

Toelichting op doel en gebruik van de keuring

Het doel en gebruik van de te verrichten keuring is de medisch adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te beoordelen onder welke voorwaarden de aangevraagde verzekering kan worden geaccepteerd. De vragen dienen naar waarheid, zo volledig mogelijk en zonder enig voorbehoud te worden beantwoord. Het is van belang dat de kandidaat-verzekerde op de hoogte is van het doel en gebruik van de keuring.

Verklaring van de kandidaat-verzekerde

Achternaam _____ (bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam)

Voorletters _____ Man Vrouw

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboorteplaats _____ Geboortedatum _____

Telefoonnummer _____

Beroep _____ Sedert wanneer? _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden? _____

Zelfstandig ondernemer of werknemer? Zelfstandig ondernemer
 Werknemer, werkzaam bij _____ (naam werkgever)

Voorgaande beroepen? Hoelang? _____

Anamnese (door keurend arts op te nemen)

Toelichting (bij elke ziekte of klacht vermelden: wanneer? hoe lang? röntgenfoto's? Hoe lang niet gewerkt?, eventueel op aparte bijlage)

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------|
| 1. Geniet u een goede gezondheid? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| 2. Heeft u ooit gehad: | | | |
| a. Aandoeningen aan oren, mond, neus of keel; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| b. Pleuritis, asthma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| c. Ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| d. Hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| e. Suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterol; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| f. Aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alveesklier; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| g. Aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| h. Suiker, eiwit of andere afwijking in de urine; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| i. Aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| j. Rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| k. Overwerktheid, overspannenheid, depressie, zenuwziekte; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| l. (kinder) verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| m. Bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| n. Huidaandoeningen, allergie, fistels; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| o. Trombose, spataderen, open benen, kuitpijnen bij lopen; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| p. Tropische ziekten; | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |

- q. Enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd?
 Ja Nee
 Zo ja, welke?

3. Wordt u thans nog behandeld?
 Ja Nee
 Zo ja, door wie en waarvoor?

4. Staat u thans nog onder controle?
 Ja Nee
 Zo ja, van wie en waarvoor?

5. Voelt u zich opgewassen tegen de eisen die uw beroep,
 uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen?
 Ja Nee
6. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd?
 Ja Nee
7. Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport, enz.)
 Ja Nee
8. Heeft u in het verleden ziekten en/of ongevallen gehad, waardoor u langer
 dan 2 weken uw werk heeft moeten verzuimen?
 Ja Nee
 Zo ja, welke ziekten, wanneer en hoe lang?

 Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen?
 Ja Nee
- a. Bent u thans volledig arbeidsgeschikt?
 Ja Nee
- b. Geniet u een uitkering krachtens één der sociale wetten?
 Ja Nee
 Zo ja, welke?

9. Wanneer heeft u voor het laatst een arts geraadpleegd? Welke arts en waarvoor?

10. Wie is uw huisarts? Sinds wanneer?

11. Bent u weleens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog,
 psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een
 additieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie)?
 Ja Nee
 Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor?

12. Bent u weleens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest?
 Ja Nee
 Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang?

13. Heeft u ooit een ongevalsletsel gehad?
 Ja Nee
 Zo ja wanneer? (bij breuken: doorlopend in gewrichten?) Wat waren de gevolgen?

 Bent u volledig hersteld?
 Ja Nee
14. Heeft u ooit een operatie ondergaan?
 Ja Nee
 Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld?

15. Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen?
 Ja Nee
 Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor?

 Houdt u thans een dieet?
 Ja Nee
16. Gebruikt(e) u geneesmiddelen?
 Ja Nee
 Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer?

17. a. Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan?
 Ja Nee
 Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag?

- b. Bent u bestraald?
 Ja Nee
- c. Is er weleens een electrocardiogram van u gemaakt?
 Ja Nee
 Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag?

18. Heeft u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan?
 Ja Nee
 Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat?

19. Is uw bloed weleens onderzocht? Bijv. op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), SOA (zoals syfilis en gonorrhoe), HIV en cholesterol.

Ja Nee

Zo ja, waarop, wanneer, waarom en met welk resultaat?

20. Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing?

21. Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)

a. Rookt(e) u?

Ja Nee

Zo ja, hoeveel per dag? Sedert welke leeftijd?

b. Indien gestopt met roken, wanneer?

c. Gebruikt(e) u alcohol?

Ja Nee

Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag?

d. Gebruikt(e) u drugs?

Ja Nee

Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze?

22. a. Afgekeurd bijv. voor een betrekking of bloeddonschap?

Ja Nee

Zo ja, waarom?

b. Voor enige verzekering gekeurd?

Ja Nee

Zo ja, welke verzekeraar en wat voor verzekering?

c. Verzekering steeds tot stand gekomen?

Ja Nee

d. Steeds aangenomen op de normale voorwaarden?

Ja Nee

Zo nee, tegen hogere premies, verkorting van duur of met beperkende bepalingen?

23. Zijn er omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraft thans of in het verleden, die bij de beantwoording van bovenstaande vragen niet werden vermeld?

Ja Nee

Zo ja, gaarne omschrijving.

24. Alleen voor vrouwen

a. Menstruatiestoornissen?

Ja Nee

b. Gynaecologische aandoeningen?

Ja Nee

c. Indien zwangerschap bestaat, sedert wanneer?

Handtekening kandidaat-verzekerde

Handtekening keurend arts

Identiteit van de kandidaat-verzekerde vastgesteld aan de hand van

Paspoort Europese reiskaart

Rijbewijs Gemeentelijke Identiteitskaart

Afgegeven onder nummer _____

34. Borstkas en longen

a. Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas? Afwijkingen?

Ja Nee

(symmetrisch, ruim beweeglijk)

b. Hoe is de percussie en beweeglijkheid van de longgrenzen?

c. Hoe is de auscultatie? Verlengd expirium?

d. Vindt u tekenen van emphyseem? (indien er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling, enz. dan graag beschrijving)

Ja Nee

35. Buik en geslachtsorganen

a. Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (lever of milt voelbaar)

Ja Nee

b. Bij keuring van een vrouw letten op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap.

c. Zijn er afwijkingen aan penis, testes, epididymides (anamnestisch)?

Ja Nee

d. Zijn er afwijkingen aan of om de anus (anamnestisch)?

Ja Nee

Bij Internistenkeuring zie voor vraag 36 en 37 de begeleidende brief

36. Urine-onderzoek

a. Is de urine inderdaad door de betrokkene geloosd?

Ja Nee

b. Wilt u het urine-sediment onderzoeken, vooral wanneer de urine eiwit bevat, troebel is, de bloeddruk verhoogd is of iets in de anamnese daartoe aanleiding geeft? (Bij lever en/of miltzwellling onderzoek op urobilinurie)

c. Welke onderzoeksmethode is gebruikt?

d. Eiwit? _____

g. Kleur? _____

e. Suiker? _____

h. Sediment? _____

f. Soortelijk gewicht? _____

i. Helderheid? _____

37. Bloedonderzoek

Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald postieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western-blott-test

HIV (elisa): _____ Cholesterol: _____

HDL-cholesterol: _____ Triglyceriden: _____

BSE: _____ Glucose: _____

38. a. Heeft u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de betrokkene op te merken? Ja Nee

Zo ja, wat? _____

b. Heeft u de indruk dat de betrokkene, de vragen over diens voorgeschiedenis, volledig en juist heeft beantwoord?

Ja Nee

c. Wat is op grond van de anamnese en de uitkomsten van het onderzoek uw conclusie over de gezondheid van de betrokkene? _____

39. Algemene opmerkingen/ruimte voor extra toelichting

U kunt desgewenst de kandidaat-verzekerde informeren over de uitkomsten van uw onderzoek, maar wij verzoeken u dringend geen uitspraak te doen over de voorwaarden waarop de verzekering tot stand kan komen.

Handtekening kandidaat-verzekerde

Stempel en handtekening keurend arts

Bovenstaand onderzoek had plaats:

op _____ 20 _____, om _____ uur

Giro/bankrekening nr. _____ o.v.v. _____

ten name van _____ te _____

Het honorarium is conform de tarieven COTG.

Verklaringen kandidaat-verzekerde

Ondertekening.

A. Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen, in bijgaand keuringsformulier, door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave, de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan. Ik ben door de keurend arts op de hoogte gesteld van het doel en gebruik van deze keuring. Ik verklaar dat ik geen bezwaar heb tegen doorzending van dit rapport aan de medisch adviseur van REAAL Levensverzekeringen.

B. Ik wens gebruik te maken van het recht om indien de medisch adviseur voornemens is REAAL Levensverzekeringen te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie dan wel op (één of meer) andere voorwaarden dan de gebruikelijke, dan wel de verzekering te weigeren, als eerste van de medische adviseur dit advies aan REAAL Levensverzekeringen te vernemen.

Ja Nee

Akkoordverklaring (uitsluitend in te vullen, indien HIV-test deel uitmaakt van de keuring)

C. Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, het welke onder andere bestaat uit een test op anti-stoffen tegen het AIDS-virus (HIV-test). Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aan geeft.

Ik wens de uitslag van de HIV-test:

Niet te vernemen Wel te vernemen via een door mij aan te wijzen huisarts of vertrouwensarts.

Naam arts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Handtekening kandidaat-verzekerde

Machtiging tot opvragen van medische gegevens

Kandidaat-verzekerde geeft hierbij toestemming aan zijn/haar specialist/huisarts om de benodigde medische gegevens te verstrekken aan de medisch adviseurs van REAAL Levensverzekeringen NV, betreffende de volgende aandoening(en):

Naam huisarts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Naam specialist _____

Werkzaam in ziekenhuis _____

Adres ziekenhuis _____

Postcode _____ Vestigingsplaats _____

Handtekening kandidaat-verzekerde
