

### Waarom een medische keuring

Het doel van de medische keuring is de medisch adviseur van Delta Lloyd in staat te stellen te beoordelen of en op welke voorwaarden de aangevraagde verzekering kan worden geaccepteerd.

Het is mogelijk dat de medisch adviseur meer informatie gewenst acht. Om die te verkrijgen kan hij bijvoorbeeld, nadat u hiervoor toestemming hebt verleend, informatie inwinnen bij uw behandelende artsen en eventueel bij andere verzekeringsmaatschappijen. Op basis van verkregen informatie adviseert de medisch adviseur of de verzekering op normale voorwaarden kan worden geaccepteerd of eventueel op bijzondere voorwaarden. U hebt het recht de medisch adviseur te verzoeken van het voorgenomen advies als eerste in kennis te worden gesteld teneinde dan te beslissen of het advies aan Delta Lloyd mag worden uitgebracht. Zo'n verzoek is uiteraard alleen zinvol, indien de medisch adviseur een verhoogde premie of afwijkende voorwaarden zal adviseren.

Indien u van dit recht gebruik wilt maken verzoeken wij u dit schriftelijk aan de medisch adviseur mee te delen. Dit schrijven moet als bijlage gelijktijdig met het keuringsrapport worden ingestuurd.

Als het advies luidt dat de verzekering op normale voorwaarden kan worden gesloten, nemen wij aan dat de medisch adviseur dit advies direct aan Delta Lloyd mag uitbrengen, tenzij u uitdrukkelijk hebt aangegeven ook dan vooraf dit advies te willen vernemen. Een verbod uwerzijds tot het uitbrengen van het advies aan Delta Lloyd heeft tot gevolg dat de verzekering niet tot stand kan komen.

### Het belang van goed gegeven informatie

Het is van groot belang dat u de gestelde vragen naar waarheid en zo volledig mogelijk en zonder enig voorbehoud beantwoordt. Met een naar waarheid en volledige beantwoording van de aan u gestelde vragen voorkomt u dat de verzekeraar zich op nietigheid van de verzekering kan beroepen en dat eventuele toekomstige uitkeringen in gevaar komen.

### Behandeling van uw medische gegevens

Voor alle medische gegevens geldt dat zij worden beheerd door de medisch adviseur van Delta Lloyd. De medisch adviseur vormt in het kader van de medische informatieverstrekking te zamen met directe medewerkers van de medische acceptatiedienst een zogenaamde functionele eenheid.

De leden van deze functionele eenheid kunnen derhalve kennis nemen van die medische gegevens die van belang zijn voor het behandelen van uw aanvraag. Uiteraard zijn de genoemde leden gebonden aan het medisch beroepsgeheim en hebben zij als zodanig een zwijgplicht.



**Aan de keurend arts**

Wij verzoeken u een keuring te verrichten in het kader van:

- een overlijdensrisicoverzekering
- een arbeidsongeschiktheidsrisicoverzekering.

**De keuring betreft**

- Huisartsenkeuring inclusief:
  - Bepaling in het bloed van cholesterol, glucose en een onderzoek op antistoffen tegen HIV d.m.v. een ELISA-test.  
Indien het cholesterolgehalte te hoog blijkt tevens een bepaling van HDL-cholesterol.

Het overlijdensrisico voor de aangevraagde levensverzekering bedraagt meer dan € 160.000,-, doch niet meer dan € 1.140.000,- en/of het arbeidsongeschiktheidsrisico bedraagt meer dan € 22.000,-, doch niet meer dan € 34.000,-.
- Huisartsenkeuring zonder bloedonderzoek  
Het overlijdensrisico bedraagt ten hoogste € 160.000,- en/of het arbeidsongeschiktheidsrisico bedraagt ten hoogste € 22.000,-.
- Internistenkeuring inclusief:
  - Bepaling in het bloed van de BSE, Hb, leucocyten en differentiatie, cholesterol, glucose, SGOT, SGPT en Gamma-GT, en een onderzoek op antistoffen tegen HIV d.m.v. een ELISA-test.

Indien het cholesterolgehalte te hoog blijkt:  
bepaling gehalte (nuchter) triglyceriden en HDL-cholesterol.

Indien de urine eiwit of sedimentafwijkingen bevat:  
bepaling plasmacreatinegehalte

Indien de urine suiker bevat:  
Onderzoek naar de bloedsuikerwaarden nl. nuchter en twee uur na het innemen van 75g glucose.

  - Een röntgenonderzoek van de thorax.
  - Een electrocardiogram in rust.
  - Een electrocardiografisch inspanningsonderzoek.

De genoemde grensbedragen gelden voor verzekerde(n) tot 51 jaar. Voor verzekerde(n) van 51 jaar en ouder gelden afwijkende waarborgen. Deze kunt u navragen bij Delta Lloyd.

**Bloedonderzoek op HIV-antistoffen**

Indien een bloedonderzoek op HIV-antistoffen nodig is, gelieve u de kandidaat-verzekerde hierover te informeren. Hierbij dient speciaal gewezen te worden op de aard van de HIV-test en de consequenties van een seropositieve uitslag. Een formulier voor toestemming voor bloedonderzoek op HIV-antistoffen is als bijlage toegevoegd. Bij een seropositieve uitslag zal aan de kandidaat-verzekerde gevraagd worden contact op te nemen met de huisarts of de vertrouwensarts, die door de medisch adviseur van Delta Lloyd zal worden ingelicht over de seropositieve uitslag.

**Machtiging voor informatie bij de behandelend arts**

Zonodig kan de als bijlage toegevoegde machtiging worden ingevuld en ondertekend, die de behandelend arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over met name genoemde aandoeningen.

**Legitimatieplicht**

Wilt u zich overtuigen van de identiteit van de kandidaat-verzekerde door middel van een officieel geldig legitimatiebewijs.





Polisnummer

Archiefcode:

**Kandidaat verzekerde**

Achternaam

Voornamen (eerste voluit)

 Vrouw Man

Geboortedatum

Geboorteplaats:

Adres

Postcode

Woonplaats:

Beroep (vroegere beroepen)

Aard beroepsbezigheden

Wordt handenarbeid verricht

 Nee Ja, bestaat uit:

Burgerlijke staat

Bij een collectieve verzekering

Werkgever:

**Gezondheid familie****In leven**

Aantal

Leeftijd

Gezondheidstoestand

**Overleden**

Aantal

Welke  
leeftijd

Oorzaak overlijden

Eigen vader

Eigen moeder

Broers

Zusters

Kinderen

Komen of kwamen in uw naaste familie (grootouders, ouders, broers of zusters) gevallen voor van suikerziekte, hart- en vaatziekten, nierziekten, verhoogde bloeddruk, zenuw- en zielsziekten, toevallen of beroerte  
Zo ja, welke ziekte en bij wie

**Anamnese (op te nemen door de keurend arts)**

- 1 Geniet u thans een goede gezondheid
- 2 Is uw gezondheid gewoonlijk ongestoord
- 3 Bent u goed bestand tegen flinke lichamelijke inspanning (trappen klimmen, hard lopen, sport)
- 4 Hebt u in de laatste 5 jaar ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest. Welke, wanneer, hoe lang, door welke arts behandeld, verloop
- 5 Bent u thans volledig arbeidsgeschikt
- 6 Hebt u ooit een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid genoten. Wanneer, hoelang, waarvoor
- 7 Wie is uw huisarts; adres en woonplaats
- 8 Hebt u wel eens specialisten geraadpleegd  
Wie, waarvoor, wanneer
- 9 Wordt u thans nog behandeld; Door wie, waarvoor
- 10 Staat u thans nog onder controle; Van wie, waarvoor

**Vermeld steeds wanneer ziekten zijn doorgemaakt en licht het beloop met data, behandeling etc. toe**

---

11 Lijdt u of hebt u geleden aan:

- aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel \_\_\_\_\_
- astma, bronchitis, pleuritis, hoesten, andere longaandoeningen \_\_\_\_\_
- ziekten van hart- of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst \_\_\_\_\_
- hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk \_\_\_\_\_
- suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterol \_\_\_\_\_
- aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen \_\_\_\_\_
- aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier \_\_\_\_\_
- aandoeningen van ledematen of gewrichten, reuma (acuut of chronisch), spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm \_\_\_\_\_
- rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug \_\_\_\_\_
- overwerktheid, overspanning, depressie, zenuwziekte \_\_\_\_\_
- (kinder)verlamming, toevallen, duizelingen, flauwtes, hoofdpijnen, hyperventilatie \_\_\_\_\_
- bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten \_\_\_\_\_
- huidaandoeningen, allergie, fistels \_\_\_\_\_
- trombose, spataderen, open been, kuitpijn bij het lopen \_\_\_\_\_
- enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd \_\_\_\_\_

12 Is er ooit eiwit of suiker in uw urine gevonden \_\_\_\_\_

13 Gebruikt u geneesmiddelen. Welke \_\_\_\_\_

14 Houdt u dieet, zo ja, waarvoor \_\_\_\_\_

15 Bent u met röntgenstralen behandeld of werden röntgenfoto's van u gemaakt, anders dan bij periodieke bevolkings- of bedrijfsonderzoeken \_\_\_\_\_

16 Bent u ooit in een ziekenhuis, sanatorium of psychiatrische inrichting verpleegd \_\_\_\_\_

17 Onderging u ooit een kuur, met rust, dieet of inspuitingen \_\_\_\_\_

18 Hebt u een operatie ondergaan \_\_\_\_\_

19 Is uw bloed wel eens onderzocht (bijvoorbeeld op suikerziekte, hepatitis (geelzucht), sexueel overdraagbare aandoeningen (zoals syfilis of aids), zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat \_\_\_\_\_

20 Hebt u wel eens een consultatiebureau bezocht \_\_\_\_\_

21 Hebt u wel eens een ernstig ongeval gehad  
Zo ja, wanneer en met welke gevolgen \_\_\_\_\_

---

22 Bent u in de tropen geweest, zo ja, wanneer, hoelang en welke ziekten hebt u daar gehad \_\_\_\_\_

---

23 Hebt u klachten over slaap, eetlust, ontlasting of urinelozing \_\_\_\_\_

---

24 Drinkt u alcoholische dranken  Nee  Ja \_\_\_\_\_

Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld per dag: \_\_\_\_\_

Welke drank(en): \_\_\_\_\_

---

25 Rookt u of heeft u gerookt  Nee  Ja \_\_\_\_\_

Vanaf welke leeftijd: \_\_\_\_\_

Tot wanneer: \_\_\_\_\_ Wat rookt(e) u: \_\_\_\_\_

Hoeveel rookt(e) u per dag: \_\_\_\_\_

---

26 Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> Vanaf welke leeftijd:                      Tot wanneer: <hr/> Welke drugs: <hr/> Hoe vaak gebruikt(e) u gemiddeld per week:
27 Bent u weleens afgekeurd (beroep, sport, militaire dienst).  Zo ja, wanneer en waarom	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <hr/>
28 Heeft een keuring voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering ooit tot resultaat gehad dat de verzekering niet tot stand kwam of tegen beperkende voorwaarden werd aangeboden. Zo ja, wanneer en om welke reden	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <hr/>
29 Zijn er nog omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraft, thans of in het verleden, die bij de beantwoording van bovenstaande vragen niet aan de orde zijn gekomen. Zo ja, welke	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <hr/>

**Huisarts inlichten**

Indien naar aanleiding van de keuring, onderzoeksbevindingen of laboratorium uitslagen, aandoeningen of afwijkingen aan het licht komen welke de kandidaat verzekerde niet bekend zijn, stemt de kandidaat verzekerde ermee in dat de medisch adviseur van Delta Lloyd diens huisarts van de aandoening(en) of afwijking(en) op de hoogte stelt.

Ondergetekende verklaart de voorgaande vragen volledig, nauwkeurig en naar waarheid te hebben beantwoord. Onjuiste verklaringen kunnen de maatschappij te zijner tijd van haar verplichtingen ontslaan. Ondergetekende verleent toestemming aan de medisch adviseur van Delta Lloyd kennis te nemen van eerder aan Delta Lloyd verstrekte medische informatie in verband met een bij Delta Lloyd aangevraagde of gesloten levensverzekering. Getekend in de aanwezigheid van de keurend arts.

**Plaats en datum**

**Handtekening keurend arts**

**Handtekening van de kandidaat-verzekerde**

Geneeskundig onderzoek	Legitimatiebewijs:	Nummer:
30 Gewicht (zonder kleren)		kg
31 Gewichts toe- of afname in het laatste jaar		kg
32 Lengte (zonder schoenen)		m
33 Halsomvang		cm
34 Borstomvang bij inspiratie		cm
Borstomvang bij expiratie		cm
35 Heupomvang		cm
36 Buikomvang (over de navel meten)		cm
37 Welke indruk maakt deze persoon op u, geestelijk en lichamenlijk		
38 Zijn er misvormingen of afwijkingen aan romp, ledematen of gewrichten (let op atrophie van armen en of benen, stijve, slecht bewegende of gezwollen gewrichten, op het ontbreken van lichaamsdelen). <u>Wilt u speciaal letten op functie en vorm van de rug</u>		
39 Zijn er afwijkingen aan huid, lymfklieren, de schildklier, de mammae		
40 Zijn er afwijkingen van zenuwstelsel of geestelijke gesteldheid (onderzoek de peesreflexen, de evenwichtszin, het voorkomen van tremoren en eventueel pathologische reflexen en noteer ook opvallende afwijkingen in de psychische gesteldheid)		
41 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus enz.) of oren		
42 Hoe is het gezichtsvermogen	Linker oog	Rechter oog
– Zonder correctie		
– Met correctie		
– Welke correctie		
43 Hoe is het gehoor bij fluisterstem op 4 meter  (indien geen 4 meter, op welke afstand kan dan de normale conversatiestem worden gehoord)	Linker oor	Rechter oor
44 Zijn er afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak  Hoe is de toestand van het gebit		
45 Hoe is de polsfrequentie		
46 Is de pols regelmatig en aequaal		
47 Hoe is de bloeddruk	Systolisch	Diastolisch
De diastolische waarde opgeven bij het verdwijnen van de vaattoon	1e bepaling	
Bij verhoogde bloeddruk een meting verrichten aan het einde van het onderzoek en/of na rust en/of eventueel de volgende ochtend	2e bepaling	
	3e bepaling	
	Volgende ochtend 1e bep.	
	Volgende ochtend 2e bep.	
48 Welk instrument is gebruikt	<input type="checkbox"/> Kwikmeter	<input type="checkbox"/> Veermanometer
49 Is de hartpuntstoot te voelen (zo ja, afstand in cm van de medioclaviculairlijn aangeven)		
50 Hart: palpatie, percussie en auscultatie		
51 Hoe zijn de pulsaties van de been- en voetarteriën		
52 Zijn er veranderingen aan de venae (varices)		
53 Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem		



- 54 Hoe is de vorm van de borstkas \_\_\_\_\_
- 55 Is deze symmetrisch en ruim beweeglijk bij ademhaling \_\_\_\_\_
- 56 Vindt u bij percussie en auscultatie van de longen afwijkingen, zo ja, welke en zijn er tekenen van emfyseem \_\_\_\_\_
- 57 Indien er hoestprikkel is, heesheid of versnelde ademhaling enz. geef hier dan een nadere omschrijving en tel de ademhalingsfrequentie \_\_\_\_\_

- 58 Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud, zo ja, welke \_\_\_\_\_
- 59 Zijn lever of milt voelbaar \_\_\_\_\_
- 60 Vindt u afwijkingen aan de penis, testes, epididymes \_\_\_\_\_
- 61 Zijn er afwijkingen rond de anus \_\_\_\_\_

- 62 Is de urine door de kandidaat geloosd \_\_\_\_\_
- 63 Welke onderzoeksmethode gebruikt u \_\_\_\_\_
- 64 Eiwit \_\_\_\_\_
- 65 Suiker \_\_\_\_\_
- 66 Soortelijk gewicht \_\_\_\_\_
- 67 Kleur \_\_\_\_\_
- 68 Sediment \_\_\_\_\_

**NB** Het sediment dient te worden onderzocht wanneer de urine eiwit bevat (ook als er slechts een spoor is), troebel is, of wanneer de bloeddruk te hoog is of de anamnese daartoe aanleiding geeft

- 69 Hebt u bloed afgenomen voor de HIV-test  Ja  Nee

Naar welk laboratorium is het bloed gestuurd Plaats:

- 70 Hebt u de indruk dat deze persoon de anamnestiche vragen volledig en juist heeft beantwoord \_\_\_\_\_

- 71 Hebt u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken \_\_\_\_\_

- 72 Acht u de kans op blijvende arbeidsongeschiktheid voor het 65e levensjaar verhoogd \_\_\_\_\_

- 73 Acht u op grond van de anamnese en de uitkomsten van uw onderzoek, eventueel aangevuld met ingewonnen inlichtingen, de levenskansen normaal, zo nee, waarom niet \_\_\_\_\_

- 74 Eventuele toelichting \_\_\_\_\_

De keurend arts wordt verzocht dit rapport, dat een vertrouwelijk karakter draagt rechtstreeks te zenden aan de medisch adviseur van Delta Lloyd. Indien gewenst mag hij/zij aan onderzochte mededelingen doen over de onderzoeksbevindingen. Het is echter **niet** toegestaan een uitspraak te doen over het al dan niet tot stand kunnen komen van de aangevraagde verzekering. Het is evenmin toegestaan om aan anderen dan kandidaat-verzekerde en/of medewerkers van de Medische Dienst van Delta Lloyd mededelingen te doen over het resultaat van het geneeskundig onderzoek.

Plaats van onderzoek	Handtekening arts
Datum	

**Het honorarium is conform tarieven COTG**

Bank/postrekeningnummer: \_\_\_\_\_

Ten name van: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_









Betreft het verlenen van toestemming voor een bloedonderzoek op HIV-antistoffen (zogenaamde AIDS-test), in het kader van een te sluiten verzekering.

**Ondergetekende**

Naam \_\_\_\_\_

Geboren \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaatsnaam \_\_\_\_\_

geeft toestemming om bij haar/hem een bloedonderzoek te verrichten op HIV-antistoffen volgens de daartoe officieel geldende richtlijnen.

## Ondergetekende

- wenst niet bekend te worden gemaakt met een seropositieve uitslag van het onderzoek;
- wenst wel bekend te worden gemaakt met een seropositieve uitslag van het onderzoek;
- is zich bewust dat het resultaat van het onderzoek kan resulteren in het afwijzen van de aangevraagde verzekering;
- wenst de uitslag van het onderzoek, indien seropositief, te vernemen

– Via de huisarts

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaatsnaam \_\_\_\_\_

– Via een vertrouwensarts

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaatsnaam \_\_\_\_\_

– Op de hier omschreven wijze

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_





Voor het invullen en ondertekenen raden wij u aan eerst de toelichting te lezen

**Toelichting**

De machtiging dient te worden ingevuld en ondertekend door de kandidaat-verzekerde.

Voor een goede beoordeling van de door u genoemde klachten en of afwijkingen wil de medisch adviseur van Delta Lloyd graag nadere informatie van de artsen en/of specialisten waarbij u onder behandeling bent of bent geweest. Het vragen naar en het geven van deze informatie kan alleen gebeuren met uw uitdrukkelijke toestemming en zal alleen gaan over de genoemde klachten en/of afwijkingen.

Toestemming hiertoe geeft u door het invullen en ondertekenen van deze machtiging. Per arts/specialist dient u één aparte machtiging in te vullen.

**Ondergetekende**

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

gaat ermee akkoord dat zijn/haar hierondergenoemde arts

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode en plaats \_\_\_\_\_

op verzoek van de medische adviseur van Delta Lloyd medische informatie verschaft over:

Medische informatie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deze informatie wordt uitsluitend gegeven in het kader van de medische beoordeling ten behoeve van een aanvraag (wijziging) van een levens- en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening kandidaat-  
verzekerde \_\_\_\_\_