



Keuring voor levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering Toelichting voor de keurend arts

• **GEHEIM**

Legitimatie

Kandidaat-verzekerde dient zich te kunnen legitimeren

Bloedonderzoek op HIV-antistoffen

Belangrijk!

Een bloedonderzoek op HIV-antistoffen is alleen noodzakelijk indien:

- de aangevraagde **arbeidsongeschiktheidsrente** inclusief de rente(n) van elders aangevraagde resp. reeds lopende verzekering(en) in totaal gelijk aan of hoger is dan € 32.000 voor rubriek A en/of € 22.000 voor rubriek B per jaar;

- het overlijdensrisico voor de aangevraagde **levensverzekering** samen met dat van elders aangevraagde of lopende polissen € 160.000 of meer bedraagt.

Indien een bloedonderzoek op HIV-antistoffen nodig is, gelieve u kandidaat-verzekerde hierover te informeren. Hierbij dient speciaal gewezen te worden op de aard van de HIV-test en de consequenties van een positieve uitslag.

De medisch adviseur van De Amersfoortse zal bij afwijkende waarden desgewenst de huisarts of een door betrokkene met name genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijk zal dan aan kandidaat-verzekerde gevraagd worden met de huisarts of de vertrouwensarts contact op te nemen.

Akkoordverklaring bloedonderzoek

Wilt u aan kandidaat-verzekerde voor deze procedure toestemming vragen door het anamnese gedeelte van dit keuringsformulier, waarin de bedoelde akkoordverklaring is opgenomen, te laten ondertekenen?

Machtiging voor informatie bij de behandelend arts

Zonodig kan aansluitend de machtiging onderaan de anamnese worden ingevuld die de behandelende arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over de met name genoemde aandoening(en).

Geneeskundig onderzoek

Verklaring van de kandidaat- verzekerde

Deze keuring is voor:

(geen strepen als antwoord)

AOV Leven

Naam en voornamen: _____

man vrouw

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

telefoon: _____

Geboortedatum: _____

geboorteplaats: _____

Beroep: _____

sinds wanneer: _____

Waaruit bestaan uw
werkzaamheden? _____

Wie is of wordt uw werkgever? _____

Burgerlijke staat:

ongehuwd gehuwd samenwonend weduw(e)(naar) gescheiden

Sinds wanneer: _____

Wie is uw assurantieadviseur? _____

Anamnese (door keurend arts op te nemen)

| Familiegeschiedenis (zo nauwkeurig mogelijk invullen) | in leven | | overleden | |
|--|----------|---------------------|-------------------------|--------------|
| | leeftijd | gezondheidstoestand | leeftijd bij overlijden | doodsoorzaak |
| (eigen) vader | _____ | _____ | _____ | _____ |
| (eigen) moeder | _____ | _____ | _____ | _____ |
| echtgeno(o)t(e)/partner | _____ | _____ | _____ | _____ |
| broers, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |
| zusters, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |
| kinderen, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |

Komen of kwamen in de naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, suikerziekte, beroerte, cyste-nier, hart en vaatziekten, astma en/of constitutioneel eczeem, aandoeningen van het bewegingsapparaat, aangeboren heupafwijkingen, toevallen, drankzucht of zelfmoord?

Zo ja, bij wie? _____

Wilt u waar nodig, de anamnese uitdiepen?

Toelichting

(Bij elke ziekte of klacht vermelden: Wanneer?

Hoe lang? Röntgenfoto's? Hoe lang niet gewerkt?)

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|--|
| 1 Voelt u zich meestal gezond? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| 2 Hebt u of hebt u ooit gehad: | | | |
| a aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| b pleuritis, astma, 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, alvleesklier; | <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 afwijkingen in de urine; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| i aandoeningen van armen, benen, handen of voeten of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm, meniscus; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| j rugklachten, nekklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| k overwerktheid, overspanning, 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, fistels; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| o allergie, hooikoorts, eczeem; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| p trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij lopen; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| q tropische ziekten; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| r enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| 3 Wordt u thans nog behandeld? Door wie? Waarvoor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| 4 Staat u thans nog onder controle? Van wie? Waarvoor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| 5 Voelt u zich opgewassen tegen de eisen die uw beroep, uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |
| 6 Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | |

| | | | |
|----|---|-----------------------------|------------------------------|
| 7 | Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport enz.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 8a | Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest? Welke? Wanneer? Hoe lang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Arbeidsongeschiktheidsuitkering? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| b | Bent u thans volledig arbeidsgeschikt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 9 | Wie is uw huisarts? Sinds wanneer? | | |
| 10 | Wanneer hebt u het laatst een arts geraadpleegd? Waarvoor? | | |
| 11 | Bent u wel eens geweest bij een: | | |
| a | specialist; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| b | fysiotherapeut, manueel therapeut, Mensendieck-therapeut; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| c | psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau; | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| d | beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie)? Wie? Waar? Wanneer en waarvoor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 12 | Bent u wel eens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest? Wanneer? Waarvoor? Hoe lang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 13 | Hebt u ooit een ongevalsletsel van enige betekenis gehad? Wanneer? (bij breuken: doorlopend in gewrichten?) Wat waren de gevolgen? Volledig hersteld? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 14 | Hebt u ooit een operatie ondergaan? Wanneer? Waarvoor? Door wie behandeld? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 15 | Hebt u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen? Wanneer, hoe lang en waarvoor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Houdt u thans dieet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 16 | Gebruikt of gebruikte u geneesmiddelen? Welke? In welke dosis? (tot) wanneer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 17 | Is er röntgen- of echografisch onderzoek, CT-scan of MRI/NMR-onderzoek bij u gedaan? Waarvan? Wanneer? Uitslag? Bestraald? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 18 | Hebt u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan? Waarom? Wanneer? Resultaat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 19 | Is uw bloed wel eens onderzocht? Bijv. op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), sexueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of AIDS (HIV-test)? Waarom, wanneer, waarop en met welk resultaat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 20 | Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing? | | |
| 21 | Gewoonten (thans, maar ook in het verleden). Rookt(e) u? Hoeveel per dag? Sinds welke leeftijd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Gebruikt(e) u alcohol? Welke dranken? Hoeveel per dag? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Gebruikt(e) u drugs? Welke? Wanneer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 22 | Militaire dienst geheel vervuld? Zo nee, waarom niet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Afgekeurd, bijv. voor een betrekking of de bloedtransfusiedienst? Zo ja, waarom? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Verzekering steeds tot stand gekomen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Steeds aangenomen op de normale voorwaarden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| | Of tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 23 | Hebt u nog iets mede te delen dat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang is? Zo ja, wat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

24 Alleen voor vrouwen

- Menstruatiestoornissen? Gynaecologische aandoeningen? ja nee
- Anticonceptiepil? ja nee
- Indien zwangerschap bestaat, sinds wanneer?
- Miskramen? ja nee

25a Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen 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 Amersfoortse van haar verplichtingen kan ontslaan.

Getekend in de tegenwoordigheid van de keurend arts, plaats: _____ datum: _____ jaar: _____

Handtekening keurend arts:

Handtekening kandidaat-verzekerde:

.
.
.

.
.
.

b Machtiging. (Doorhalen indien niet van toepassing)

Ik machtig hierbij de huisarts _____ te _____
aan de medisch adviseur van _____
inlichtingen te verschaffen over de volgende aandoening(en): _____

Handtekening kandidaat-verzekerde:

.
.
.

c Akkoordverklaring (Doorhalen indien niet van toepassing)

Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, hetwelk onder andere bestaat uit een test op antistoffen tegen het AIDS-virus (HIV-test). Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een positieve uitslag.

Alleen bij een afwijkende uitslag van de HIV-test wens ik deze uitslag:

- niet te vernemen;
- wel te vernemen via een door mij aan te wijzen huisarts of vertrouwensarts:

Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____ Woonplaats: _____

Handtekening kandidaat-verzekerde:

.
.
.

Indien de anamnese aandoeningen vermeldt, hier extra aandacht aan besteden bij het lichamelijk onderzoek

Geneeskundig rapport over: _____

Afgegeven door dr _____ datum: _____ jaar: _____ te _____ uur

Is deze kandidaat-verzekerde u bekend? ja nee

Heeft kandidaat-verzekerde zich gelegitimeerd? ja nee Zo ja, hoe? _____

Algemeen onderzoek

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 26 Gewicht (zonder kleren) _____ kg | Borstomvang bij max. inspiratie _____ cm |
| Laatste jaar toegenomen _____ kg | Borstomvang bij max. expiratie _____ cm |
| Laatste jaar afgenomen _____ kg | Buikomvang over de navel _____ cm |
| Lengte (zonder schoenen) _____ m | Grootste heupomvang _____ cm |

27 Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat?

28 Hoe is de psychische gesteldheid? (depressief, manisch, gespannen, nerveus, somber, eufoor, enz.)

29 Zijn er afwijkingen aan huid, nagels, lymfklieren, schildklier, mammae?

30 Afwijking van de rug en wervelkolom? (kyfose, lordose, scoliose, spiertonus, functie, klop- of schokpijn, lasegue? enz.)

| <p>31 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen enz.) Afwijkingen aan schouders, nek, heupen, knieën, enkels?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------|-----------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| <p>32 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, buik- en voetzoolreflexen? Zijn deze symmetrisch? Path. reflexen? Tremoren? Hoe is de evenwichtszin?)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>33 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.) of oren (otorrhoe)? Hoe is het gezichtsvermogen? zonder correctie met correctie welke correctie Hoe is het gehoor? fluisterstem in meters</p> | <table border="0"> <tr> <td>rechter oog:</td> <td>linker oog:</td> </tr> <tr> <td>rechter oog:</td> <td>linker oog:</td> </tr> <tr> <td>rechter oog:</td> <td>linker oog:</td> </tr> <tr> <td>rechter oor:</td> <td>linker oor:</td> </tr> </table> | rechter oog: | linker oog: | rechter oog: | linker oog: | rechter oog: | linker oog: | rechter oor: | linker oor: | | | | | | | | | | | | |
| rechter oog: | linker oog: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rechter oog: | linker oog: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rechter oog: | linker oog: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rechter oor: | linker oor: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>34 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak? Hoe is de toestand van het gebit?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>35 Hart en bloedvaten. a Hoe is de pols? (Kwaliteiten? Frequentie?) b Hoe is de bloeddruk? Wilt u, indien de tensie te hoog is, deze op een voor kandidaat rustig moment, bijv. 's morgens, nog eens opnemen? Diastole is bij verdwijnen/zachter worden van de tonen opgegeven . c Waar is de hartstoot te voelen? Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding? d Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving van geruisen) van het hart? e Afwijkingen aan buik-, been-, of voetarteriën? f Veranderingen aan de venae (varices)? Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid. g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem?</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">eventueel</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2e bepaling</th> <th>na rust</th> <th>volg. ochtend</th> <th>na rust</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>sytolisch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>diastolisch</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | eventueel | | | | | 2e bepaling | na rust | volg. ochtend | na rust | sytolisch | | | | | diastolisch | | | | |
| | eventueel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2e bepaling | na rust | volg. ochtend | na rust | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sytolisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| diastolisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>36 Borstkas en longen. a Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas? (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).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>37 Buik en geslachtsorganen. a Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (lever of milt voelbaar?) b Bij keuring van een vrouw lette men op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap. c Vindt u afwijkingen aan penis, testes, epididymides, aan of om de anus?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>38 Urine-onderzoek. Is de urine inderdaad door kandidaat geloosd? 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?</p> | <p>Welke onderzoeksmethode gebruikt? Eiwit? Suiker? Soortelijk gewicht? Kleur? Sediment?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zie toelichting op blad 1.

39 Bloedonderzoek. (Indien van toepassing)

Wilt u aangeven of het wel of geen 'nuchter' bloedonderzoek betreft?

Indien de HIV-test (ELISA) positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western-Blottest.

NB: voor AOV is alleen HIV vereist, tenzij (familie-) anamnese en/of eigen onderzoek aanleiding geeft tot andere hiernaast genoemde bepalingen.

HIV (ELISA):

BSE:

cholesterol:

glucose:

40 Eindoordeel.

Hebt u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken?

Hebt u de indruk, dat de onderzochte de vragen over de voorgeschiedenis volledig en juist heeft beantwoord?

Wat is op grond van de anamnese en de uitkomsten van het onderzoek uw conclusie over de gezondheid van de kandidaat-verzekerde?

41 Algemene opmerkingen:

(zonodig graag overleg met de behandelend sector)

Conform de WGBO bent u gerechtigd, en op verzoek van de keurling verplicht, uw onderzoeksbevindingen aan hem/haar mede te delen. De verzekeringsgeneeskundige risico-beoordeling is voorbehouden aan de medisch adviseur van De Amersfoortse. Dringend verzoek aan de arts, zich noch tegenover de kandidaat, noch tegenover de tussenpersoon uit te laten over het resultaat der keuring.

Bovenstaand onderzoek had plaats:

datum: _____ jaar: _____, tijd: _____ uur ^{voor} _{na} middag

plaats: _____

Stempel en handtekening van de keurend arts

Postbank/bankrek.nr. _____

t.n.v. _____ plaats: _____

Het honorarium is conform de tarieven van het COTG

Voor de medisch adviseur:

Advies AOV:

accepteren _____

verhoogd risico _____ %

eindleeftijd _____ jaar

eigen risico _____ weken

afwijzen _____

beperkingen:

herbeoordeling mogelijk na _____ jaar

Opmerkingen:

Advies Leven:

normale voorwaarden _____

verhoogd overlijdensrisico _____ %

verhoogd arbeidsongeschiktheidsrisico _____ %

algehele uitsluiting arbeidsongeschiktheidsrisico

arbeidsongeschiktheidsrisico uitgesloten t.g.v.

gehele post afwijzen _____

herbeoordeling mogelijk na _____ jaar

Wanneer u tegelijkertijd bij De Amersfoortse Verzekeringen een pensioen- of levensverzekering aanvraagt, kunnen deze gezondheidsverklaring en een eventueel keuringsrapport voor de acceptatie van beide verzekeringen gebruikt worden. U dient dan wel onderstaande machtiging in te vullen.

Machtiging

Ondergetekende: _____, geboren: _____,
geeft hierbij toestemming deze gezondheidsverklaring en een eventuele keuring te gebruiken ten behoeve van acceptatie van de aangevraagde verzekeringen bij NV Amersfoortse Algemene Verzekeringsmaatschappij en NV Amersfoortse Levensverzekering Maatschappij.

Handtekening (kandidaat-) verzekerde: _____ Datum: _____

.
.
.

Wanneer u het laatste jaar bent gekeurd in verband met een aanvraag van een andere verzekering, bij NV Amersfoortse Levensverzekering Maatschappij of een andere verzekeringsmaatschappij, kan het keuringsrapport gebruikt worden voor de acceptatie van deze verzekering. U dient dan wel onderstaande machtiging in te vullen.

Machtiging

Ondergetekende: _____, geboren: _____,
geeft hierbij toestemming aan de medisch adviseur van: _____ *)

de keuringsgegevens aan de medisch adviseur van NV De Amersfoortse Algemene Verzekeringsmaatschappij te verstrekken.

Handtekening (kandidaat-) verzekerde: _____ Datum: _____

.
.
.

*) Naam verzekeringsmaatschappij waar verzekering is aangevraagd en zo mogelijk ook polisnummer vermelden.

