

# Keuringsformulier

## Formulier voor medische keuring (medisch geheim)

Neem dit formulier mee naar de afspraak met de keurend arts.

Polisnummer:   
Ten name van:   
Assurantieadviseur:

Dit keuringsformulier is bestemd voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering, aangevraagd bij Allianz Inkomensverzekeringen, onderdeel van Allianz Benelux.

### 1. Soort keuring

Een huisartsenkeuring is nodig als het verzekerd bedrag hoger is dan € 100.000. Dit verzekerd bedrag is inclusief de verzekerde bedragen van bij een andere maatschappij aangevraagde of al lopende verzekeringen.

Een bloedonderzoek conform vraag 14 van het algemeen onderzoek maakt deel uit van deze huisartsenkeuring.

### 2. Algemeen

- Bloedonderzoek op HIV-antistoffen (aïdstest)**  
Het bloedonderzoek bestaat onder andere uit een HIV-test. U dient de kandidaat-verzekerde hierover te informeren. Hierbij dient speciaal gewezen te worden op de aard van de HIV-test. De medisch adviseur van Allianz Inkomensverzekeringen kan bij afwijkende waarden de huisarts of een door de betrokkene met name genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijk zal de kandidaatverzekerde gevraagd worden met de huisarts of deze vertrouwensarts contact op te nemen.
- Akkoordverklaring bloedonderzoek**  
U dient de kandidaat-verzekerde voor deze procedure toestemming te vragen door het anamnestic deel van het keuringsformulier, waarin bedoelde akkoordverklaring is opgenomen, te laten ondertekenen.

### 3. Machtiging voor informatie bij de behandelend arts

Zonodig kan meteen de machtiging bij het keuringsformulier worden ingevuld die de behandelend arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over de met name genoemde aandoening(en).

### 4. Privacybescherming

We behandelen de persoonlijke gegevens van de kandidaat-verzekerde zorgvuldig. We doen dit volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. De gedragscode is in te zien op de website van het Verbond van Verzekeraars: [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl).

We gebruiken de persoonsgegevens voor het volgende:

- Om het mogelijk te maken de verzekering af te sluiten, uit te voeren en te beheren;
- Om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- Om ons aan wet- en regelgeving te houden.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar ons privacy statement op [www.allianz.nl/privacy](http://www.allianz.nl/privacy).

### 5. Tenslotte

Wilt u bij het afnemen van de anamnese eventuele bijzonderheden uitdiepen? Met name aandacht voor data, diagnose, soort behandeling en resultaat.

S.v.p. volledig invullen

## Keuringsformulier (medisch geheim)

### Verklaring van de kandidaat-verzekerde

In te vullen door: keurend arts

Bij een aantal vragen op dit formulier dient een keuze tussen ja en nee te worden gemaakt. In alle gevallen geldt wanneer een vraag met ja wordt beantwoord, u ook een nadere toelichting moet geven. In de meeste gevallen staat aangegeven wat u precies moet toelichten. Heeft u meer ruimte nodig voor uw antwoorden dan op het formulier beschikbaar is, voeg dan zelf een aparte bijlage toe. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort.

Naam	<input type="text"/>		
Voorletters	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> V
Adres	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>	Postcode	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>		
Geboorteplaats	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>		

Burgerlijke staat  Gehuwd  Ongehuwd  Samenwonend  
 Gescheiden  Weduwe / weduwnaar

Indien gehuwd/samenwonend, sinds wanneer?

Beroep   
Sinds wanneer?

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden?

  
  

Voor het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering dient u zich te legitimeren.

Legitimatiebewijs  Paspoort  Identiteitskaart  Rijbewijs  
Nummer

### Familiegeschiedenis

(zo nauwkeurig mogelijk invullen)

	In leven		Overleden		
	leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	jaar van overlijden	doodsoorzaak
(eigen) vader	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(eigen) moeder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
echtgeno(o)t(e)/partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
broers, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zussen, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kinderen, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komen of kwamen in uw naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, tuberculose, suikerziekte, maagzweer, beroerte, oog-, nier-, hart- en vaatziekten, ruggenmergziekten, zenuw- en zielsziekten, toevallen, drankzucht of zelfdoding?

Nee  Ja, welke en bij wie?

Anamnese (door keurend arts op te nemen)

\* Toelichting. Vul bij de toelichting (of in een aanvullende bijlage) een antwoord in op de volgende vragen: welke aandoening(en), wanneer, hoe lang, bent u geopereerd, door wie bent u behandeld en bent u geheel/gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

- 1 Voelt u zich gezond?  Ja  Nee  
\*
- 2 a. Voelt u zich opgewassen tegen de eisen die uw beroep, uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen?  Ja  Nee  
\*
- b. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd?  
\*
- 3 Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport, enz.)  Ja  Nee  
\*
- 4 Heeft u of heeft u ooit gehad:
- a. aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel;  Ja  Nee  
\*
- b. pleuritis, astma, bronchitis, COPD, andere longaandoeningen;  Ja  Nee  
\*
- c. ziekten van het hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst;  Ja  Nee  
\*
- d. hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk;  Ja  Nee  
\*
- e. suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterolgehalte;  Ja  Nee  
\*
- f. aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever;  Ja  Nee  
\*
- g. aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas en geslachtsorganen;  Ja  Nee  
\*
- h. suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine;  Ja  Nee  
\*
- i. aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm;  Ja  Nee  
\*
- j. rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug;  Ja  Nee  
\*

- k. overwerktheid, overspanning, zwaarmoedigheid, zenuwziekte;  Ja  Nee  
\*
- l. (kinder-)verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen;  Ja  Nee  
\*
- m. bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten;  Ja  Nee  
\*
- n. huidaandoeningen, allergie, fistels;  Ja  Nee  
\*
- o. trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij het lopen;  Ja  Nee  
\*
- p. tropische ziekten;  Ja  Nee  
\*
- q. een aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd;  Ja  Nee  
\*
- 5 a. Wordt u nu nog behandeld?  Ja  Nee  
\*
- b. Door wie?  
\*
- c. Waarvoor?  
\*
- d. Staat u nu nog onder controle?  Ja  Nee  
\*
- e. Van wie?  
\*
- f. Waarvoor?  
\*
- 6 a. Heeft u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest?  Ja  Nee  
\*
- Zo ja, welke klachten had u en/of welk letsel liep u op?  
\*
- b. Wanneer?  
\*
- c. Hoelang?  
\*
- d. Ontving u een arbeidsongeschiktheidsuitkering?  Ja  Nee  
\*
- e. Bent u nu volledig arbeidsgeschikt?  Ja  Nee  
\*

- f. Ontvangt of ontving u enigerlei uitkering of schadeloosstelling die verband houdt/hield met uw gezondheidstoestand?  Ja  Nee  
\*
- 7 a. Wanneer heeft u voor het laatst een arts geraadpleegd?  
\*
- b. Waarvoor?  
\*
- 8 a. Wie is uw huisarts?  
\*
- b. Sinds wanneer?  
\*
- c. In welke plaats is hij/zij gevestigd?  
\*
- 9 a. Bent u wel eens bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie) geweest?  Ja  Nee  
\*
- b. Wie?  
\*
- c. Waar?  
\*
- d. Wanneer?  
\*
- e. Waarvoor?  
\*
- 10 a. Bent u ooit in een ziekenhuis, kliniek, sanatorium of inrichting opgenomen geweest?  Ja  Nee  
\*
- b. Wanneer?  
\*
- c. Waarvoor?  
\*
- d. Hoelang?  
\*
- 11 a. Heeft u ooit een ongevalsletsel van enige betekenis gehad?  Ja  Nee  
\*
- b. Wanneer?  
\*
- c. Wat waren de gevolgen?  
\*
- d. Bent u volledig hersteld?  Ja  Nee  
\*
- 12 a. Heeft u ooit een operatie ondergaan?  Ja  Nee  
\*
- b. Wanneer?  
\*
- c. Waarvoor?  
\*
- d. Door wie bent u behandeld?  
\*

- 13 a. Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen?  Ja  Nee  
\*
- b. Wanneer?  
\*
- c. Hoelang?  
\*
- d. Waarvoor?  
\*
- e. Houdt u zich momenteel aan een dieet?  Ja  Nee  
\*
- 14 a. Gebruikt(e) u (een) geneesmiddel(en)?  Ja  Nee  
\*
- b. Zo ja, welk geneesmiddel(en)?  
\*
- c. In welke dosis?  
\*
- d. Sinds wanneer?  
\*
- 15 a. Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan?  Ja  Nee  
\*
- b. Waarvan?  
\*
- c. Wanneer?  
\*
- d. Hoe was de uitslag?  
\*
- e. Bent u ooit bestraald?  Ja  Nee  
\*
- 16 a. Heeft u wel eens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan?  Ja  Nee  
\*
- b. Zo ja, wanneer?  
\*
- c. Waarvoor?  
\*
- d. Met welk resultaat?  
\*
- 17 a. Heeft u aids?  Ja  Nee  
\*
- b. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol), geelzucht (hepatitis A of B) of seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of aids (HIV-test)?  Ja  Nee  
\*
- c. Waarom?  
\*
- d. Wanneer?  
\*
- e. Waarop?  
\*
- f. Met welk resultaat?  
\*

- 18 Heeft u problemen met:
- a. de slaap?  Ja  Nee  
\*
- b. de eetlust?  Ja  Nee  
\*
- c. de ontlasting?  Ja  Nee  
\*
- d. de urinelozing?  Ja  Nee  
\*

- 19 Gewoonten (nu, maar ook in het verleden).
- a. Rookt(e) u? Zo ja, hoeveel per dag?  Ja  Nee  
\*   
Sinds welke leeftijd? \*
- b. Bent u gestopt met roken? Zo ja, wanneer?  Ja  Nee  
\*
- c. Gebruikt(e) u alcohol?  Ja  Nee  
\*   
Welke dranken?  
\*   
Hoeveel per dag?  
\*

- 20
- a. Bent u afgekeurd, b.v. voor een baan of de bloedtransfusiedienst?  Ja  Nee  
\*
- b. Bent u voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd?  Ja  Nee  
\*
- c. Is/zijn de aangevraagde verzekering(en) tot stand gekomen?  Ja  Nee  
\*
- d. Indien ja, tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen?  Ja  Nee  
\*

- 21 Heeft u nog iets mede te delen wat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang is?  Ja  Nee  
\*   
Zo ja, wat?  
\*

### Alleen voor vrouwen

- 22 a. Heeft u menstruatiestoornissen?  Ja  Nee  
\*
- b. Heeft u gynaecologische aandoeningen?  Ja  Nee  
\*
- c. Bent u zwanger?  Ja  Nee  
\*   
Zo ja, sinds wanneer? \*
- d. Heeft u ooit een miskraam gehad (of meerdere)?  Ja  Nee  
\*

### Ondertekening

- a. Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de brochure "U moet gekeurd worden. En nu?", de gestelde vragen te hebben begrepen en deze naar waarheid en volledigheid te hebben beantwoord en zich ervan bewust te zijn dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave ertoe kan leiden dat recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt (waarbij de verzekering soms ook nog kan worden opgezegd). Ondergetekende verklaart verder dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering.
- b. Tevens verklaar ik akkoord te gaan met onderzoek van mijn bloed, dat o.a. bestaat uit een test op antistoffen tegen het aids-virus. Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aangeeft.

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   
Adres   
Woonplaats   
Telefoonnummer

Getekend in de tegenwoordigheid van de keurend arts

Plaats   
Datum

Handtekening van keurend arts

Handtekening van kandidaat-verzekerde

# Keuringsrapport

In te vullen door: keurend arts  
Dit formulier moet u meenemen naar uw afspraak met de keurend arts.

Naam kandidaat verzekerde   
  
Afgegeven door dokter   
te   
op   
te   
uur

Is deze kandidaat-verzekerde u bekend?  Nee  Ja  
Heeft de verzekerde zich gelegitimeerd?  Nee  
 Ja, door middel van:  
  
nummer

## Algemeen onderzoek

1 Gewicht (zonder kleren)  kg  
Laatste jaar toegenomen  kg  
Laatste jaar afgenomen  kg  
Buikomvang  cm  
Heupomvang  cm  
Lengte (zonder schoenen)  cm

2 Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat?

3 Hoe is de psychische gesteldheid? (depressief, manisch, gespannen, nerveus, enz.)

4 Zijn er afwijkingen aan huid, lymfeklieren, schildklier, mammae?

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

6 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen, enz.)

7 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, buik- en voetzoolreflexen)?

Zijn deze symmetrisch?   
Pathologische reflexen?   
Tremoren?   
Hoe is de evenwichtszin?

8 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.)?

Zijn er afwijkingen aan de oren (otorroe)?

Hoe is het gezichtsvermogen?  
zonder correctie  rechter oog  linker oog  
met correctie  rechter oog  linker oog  
welke correctie  rechter oog  linker oog

Hoe is het gehoor?  
fluïsterstem in meters  rechter oor  linker oor

9 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak?

Hoe is de toestand van het gebit?

10 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 .

	1e bepaling	2e bepaling	na rust
systolisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
diastolisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

eventueel

	volgende ochtend	na rust
systolisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>
diastolisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>

c. Waar is de hartstoot te voelen?  
 Intercostale ruimte  
Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding?  cm  
 binnen  op  buiten med. clv.lijn

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?

11 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 emfyseem? (Indien er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling, enz. dan graag beschrijving)



## Machtiging

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige en eventueel het voorgaande ziektebeloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk als u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend arts toestemming de gevraagde informatie te verstrekken. U kunt hierover eerst met de arts en/of huisarts overleggen.

### Machtiging aan:

Huisarts (naam)   
Adres   
Nr.   
Woonplaats   
Postcode

### Machtiging aan:

Specialist (naam)   
Adres   
Nr.   
Woonplaats   
Postcode

Inzake aandoening (duidelijke omschrijving van de aard van de klacht, welk lichaamsdeel en in welk jaar zich de klacht voordeed):

  
  
  
  
  
  
  

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van Allianz Inkomensverzekeringen de gewenste inlichtingen verschafft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

### Machtiging door:

Naam   
Geboortedatum   
Plaats   
Datum   
Handtekening verzekerde

Bewaar

Print

Wis