

Aan de keurend arts,

Geachte collega,

De levensverzekeringsmaatschappijen in Nederland verlangen sinds 1988, met instemming van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, een bloedonderzoek bij aanvragen voor een individuele levensverzekering met een overlijdensrisico van € 182.000,00 of meer. Dit bedrag is vastgelegd in de Wet Medische Keuringen en wordt elke drie jaar bij ministeriële regeling aangepast aan de hand van de consumentenprijsindex. Tot de standaardprocedure behoort een test op HIV-antistoffen.

Het is van groot belang dat de kandidaat-verzekerde door u vooraf wordt geïnformeerd, in het bijzonder over de aard van de test op HIV-antistoffen. Ook de K.N.M.G. hecht grote waarde aan dit 'informed consent'. In verband hiermee dient de kandidaat-verzekerde schriftelijk een akkoordverklaring af te geven, waarin betrokkene tevens aangeeft wat te doen in geval van een positieve uitslag (zie verklaringen kandidaat-verzekerde op bijgaand keuringsformulier).

Na invulling van het keuringsformulier en het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium, gelieve u:

- indien u zelf bloed afneemt, dit samen met het verzoekformulier op te sturen naar het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam;
- indien u niet zelf bloed afneemt, de kandidaat-verzekerde te verwijzen naar een klinisch chemisch laboratorium dat zonodig een virologisch of medisch microbiologisch laboratorium inschakelt. Hiertoe dient het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium meegegeven te worden aan de betrokkene.

Onder gebruikmaking van hetzelfde bloedmonster zullen deze laboratoria een herhaald-positieve Elisa-test laten bevestigen door een Western Blot-test.

Het resultaat wordt door het laboratorium vervolgens, rechtstreeks, schriftelijk aan ondergetekenden medegedeeld. Vervolgens wordt dan de instructie van de kandidaat-verzekerde gevolgd.

Het keuringsformulier gelieve u aan mij te zenden:

REAAL Levensverzekeringen;
T.a.v. de Medisch Adviseur;
Antwoordnummer 11;
1800 VB Alkmaar.

Ik dank u voor uw medewerking.

Met collegiale hoogachting,
Medische adviseur REAAL Levensverzekeringen
Drs. D.J. van Dongen, internist

Bijlage Keuringsformulier

Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst
Plesmanlaan 125
1066 CX Amsterdam
Telefoon 020 - 5 129 22 2

BLOEDONDERZOEK

GEGEVENS KEUREND ARTS

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

VERZOEK AAN HET LABORATORIUM VOOR HET VERRICHTEN VAN BLOEDONDERZOEK

In verband met de aanvraag voor een levensverzekering is bloedonderzoek noodzakelijk bij

Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

Wilt u de volgende onderzoeken bij bovengenoemde kandidaat-verzekerde nuchter laten verrichten

HIV (Elisa) ¹ _____
(totaal)Cholesterol ² _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Glucose _____ mmol/l _____ normaalwaarde

¹ Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

² Indien het (totaal)Cholesterol meer dan 6,5 mmol/l bedraagt, graag aanvullend de bepaling van het HDL-Cholesterol verrichten.

Wilt u de uitslag en de rekening laboratoriumkosten onder vermelding van
VERTROUWELIJK zenden aan:
REAAAL Levensverzekeringen;
t.a.v. de Medisch Adviseur;
Antwoordnummer 11;
1800 VB Alkmaar.

MEDISCHE KEURING LEVENSVZERKERING - ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVZERKERING

Dossinummer 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 _____

Telefoon _____

Beroep _____ Sinds wanneer _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden _____

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

Voorgaande beroepen en hoe lang _____

FAMILIEGESCHIEDENIS

Zo nauwkeurig mogelijk invullen.

	In leven		Overleden	
	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Leeftijd overlijden	Doodsoorzaak
Vader	_____	_____	_____	_____
Moeder	_____	_____	_____	_____
Echtgenote/echtgenoot/ partner	_____	_____	_____	_____
Broer, aantal	_____	_____	_____	_____
Zuster, aantal	_____	_____	_____	_____
Kinderen, aantal	_____	_____	_____	_____

Komen of kwamen in uw familie (grootouders, ooms, tantes) gevallen voor van

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erfelijke ziekten | <input type="checkbox"/> Ziekten van het bewegingsapparaat | <input type="checkbox"/> Zenuw- of zielsziekten | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Drankzucht | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> Zelfmoord | <input type="checkbox"/> Vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Nierziekten | <input type="checkbox"/> Neurologische aandoeningen |
| <input type="checkbox"/> Spierziekten | <input type="checkbox"/> Bloedziekten | | |

Welke ziekte(n) en bij wie

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	Lijdt u, of heeft u geleden aan			_____
	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 Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	n Bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	o Huidaandoeningen, allergie, fistels	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	p Trombose, spataderen, open benen, kuitpijnen 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	_____
	Zo ja, welke			_____
3	Wordt u thans nog behandeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, door wie en waarvoor			_____
4	Staat u thans nog onder controle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, door wie en waarvoor			_____
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 enzovoorts)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
8	Heeft u in het verleden ziekten en/of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken uw werk heeft moeten verzuimen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, welke ziekten, wanneer en hoe lang			_____
	Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	a Bent u thans volledig arbeidsgeschikt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	b Geniet u een uitkering krachtens één der sociale wetten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 (bijvoorbeeld homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor			_____
12	Bent u weleens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang			_____
13	Heeft u ooit een ongevalsletsel gehad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja wanneer (bij breuken: doorlopend in gewrichten)			_____
	Wat waren de gevolgen			_____
	Bent u volledig hersteld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
14	Heeft u ooit een operatie ondergaan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld			_____
15	Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor			_____
	Houdt u thans een dieet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
16	Gebruikt(e) u geneesmiddelen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer			_____
17	a Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag			_____
	b Bent u bestraald	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	c Is er weleens een electrocardiogram van u gemaakt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag			_____
18	Heeft u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat			_____
19	Is uw bloed weleens onderzocht (bijvoorbeeld op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), SOA (zoals syfilis en gonorrhoe), HIV en cholesterol)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, hoeveel per dag			_____
	Sinds welke leeftijd			_____
	b Indien gestopt met roken, wanneer			_____
	c Gebruikt(e) u alcohol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag			_____
	d Gebruikt(e) u drugs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze			_____
22	a Afgekeurd bijvoorbeeld voor een betrekking of bloeddonderschap	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, waarom			_____
	b Voor enige verzekering gekeurd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	Zo ja, welke verzekeraar en wat voor verzekering			_____
	c Is de verzekering steeds tot stand gekomen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____
	d Steeds aangenomen op de normale voorwaarden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 Geldig paspoort Geldige Europese identiteitskaart Geldig Nederlands rijbewijs

Afgegeven onder nummer _____

ALGEMEEN ONDERZOEK

- 25 Welke indruk maakt betrokkene op u
- a lichamelijk (postuur, gezond enzovoorts) _____
- b geestelijk (rustig, gespannen enzovoorts) _____
- 26 Gewicht (zonder kleren) _____ kg
- a Laatste jaar toegenomen _____ kg
- b Laatste jaar afgenomen _____ kg
- c Lengte (zonder schoenen) _____ cm
- 27 a Zijn er afwijkingen aan huid, lymfklieren, schildklier Ja Nee
- Zo ja, welke _____
- b Zijn er afwijkingen aan de mammae (anamnestisch) Ja Nee
- Zo ja, welke _____
- 28 Afwijkingen van de rug en wervelkolom (kyphose, lordose scoliose, spiertonus, functie, kloof of schokpijn, Lasège enzovoorts) Ja Nee
- 29 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen enzovoorts) Ja Nee
- a Stijve, slecht bewegende, gezwollen gewrichten Ja Nee
- 30 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel (pees-, buik-, voetzoolreflexen) Ja Nee
- Zijn deze symmetrisch, path. reflexen, tremoren, hoe is de evenwichtszin _____
- 31 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus enzovoorts) of oren (otorrhoe) Ja Nee
- a Hoe is het gezichtsvermogen
- | | | |
|------------------|------------------|-------------------|
| Zonder correctie | Linker oog _____ | Rechter oog _____ |
| met correctie | Linker oog _____ | Rechter oog _____ |
| Welke correctie | Linker oog _____ | Rechter oog _____ |
- b Hoe is het gehoor (fluisteren in meters)
- | | | | |
|------------------|---|-------------------|---|
| Linker oor _____ | m | Rechter oor _____ | m |
|------------------|---|-------------------|---|
- 32 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak Ja Nee
- 33 Hart en bloedvaten
- a Hoe is de pols (kwaliteit, frequentie, (regelmatig, aequaal)) _____
- b Hoe is de bloeddruk
- | | |
|---|----------------------------------|
| Systolisch _____ | Diastolisch _____ |
| <input type="checkbox"/> Tweede bepaling | <input type="checkbox"/> Na rust |
| <input type="checkbox"/> Volgende ochtend | <input type="checkbox"/> Na rust |
| Systolisch _____ | Diastolisch _____ |

- c Waar is de hartstoot te voelen _____
- Bij twijfelgevallen afstand in cm van mediastlijn aangeven.
- Is deze zichtbaar of heffend, uitbreiding Ja Nee
- d Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving en gradering van geruisen) van het hart Ja Nee
- Onderzoek bij twijfel ook in zittende houding. Doe steeds een functieproef en ga na hoelang de adem kan worden ingehouden. Vermeld uitkomsten hiervan _____
- e Afwijkingen aan buik-, been-, of voetarterieën Ja Nee
- f Veranderingen aan de venea (varices) Ja Nee

Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid _____

- g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem Ja Nee

34 Borstkas en longen

- a Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas, afwijkingen (symmetrisch, ruim beweeglijk) Ja Nee
- 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 enzovoorts dan graag beschrijving) _____

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 miltzwellig onderzoek op urobilinurie) _____
- c Welke onderzoeksmethode is gebruikt _____
- d Eiwit _____ e Suiker _____
- f Kleur _____ g Sediment _____

- 37 Bloedonderzoek
- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| HIV (Elisa) ¹ | _____ |
| (Totaal) cholesterol ² | _____ mmol/l |
| Glucose | _____ mmol/l |

- 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

¹ Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door Het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

² Indien het totaal Cholesterol > 6,5 mmol/l bedraagt, gaarne aanvullend de bepaling van het HDL-Cholesterol (laten) verrichten.

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.

Bovenstaand onderzoek had plaats op _____ 20 _____ om _____ uur

Stempel en handtekening
keurend arts _____

Giro/bankrekeningnummer _____ onder vermelding van _____

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

Naam _____ Geboortedatum _____

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

Naam huisarts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Naam specialist _____

Werkzaam in ziekenhuis _____

Adres ziekenhuis _____

Postcode _____ Vestigingsplaats _____

Handtekening
kandidaat-verzekerde _____