

Keuringsrapport	OE 02.1.03/0504	6 pg	Print
Declaratie	OE 02.1.06/0404	1 pg	Print
Brief ad keurend arts	OE 17.5.01/0504	1 pg	Print
Informatie HIV-test	OE 17.5.01/0504	2 pg	Print
Verzoek tot verrichten	OE 17.5.01/0300	1 pg	Print

Bij gebruik van dit PDF bestand

- 1 Klik op de titel om direct naar het betreffende formulier/envelop te gaan.
- 2 Om een formulier/envelop te printen klik op de betreffende print knop.

KEURINGSFORMULIER
Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Delta Lloyd Schadeverzekering NV
Amsterdam

Alle vragen volledig invullen
Zie toelichting op achterzijde

Verklaring kandidaat-verzekerde

Persoonsgegevens

Naam en voornamen

Man Vrouw

Adres

Postcode en plaatsnaam

Telefoon

Geboortedatum

Plaats

Beroep

Werkzaam bij

Burgerlijke staat

- Gehuwd
 Ongehuwd, niet samenwonend
 Weduwe/weduwnaar
 Ongehuwd, samenwonend

Familie-anamnese van kandidaat-verzekerde

(Zie toelichting)

	IN LEVEN			OVERLEDEN		
	AANTAL	LEEFTIJD	GEZONDHEID	AANTAL	OP WELKE LEEFTIJD	DOODSOORZAAK
Eigen vader						
Eigen moeder						
Broers						
Zusters						
Kinderen						

Komen of kwamen in uw naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, maagzweer, suikerziekte, hart-, nier- of vaatziekten, ziekten van het bewegingsapparaat, verhoogde bloeddruk, zenuw- en zielsziekten, spierziekten, toevallen, tbc, drankzucht, beroerte of (poging tot) zelfmoord.
Zo ja, welke gevallen en bij wie

Ja Nee

Anamnese kandidaat-verzekerde

Toelichting

1	Bent u thans gezond en is uw gezondheid gewoonlijk ongestoord	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
2	Bent u gezien uw huidige gezondheid in staat uw beroep volledig uit te oefenen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3	Lijdt of leed u aan of had u klachten ter zake van:	Zo ja, welke, wanneer en hoelang (zie ook nadere bijzonderheden na vraag 3q)	
a	Aandoening van oren, ogen, mond, neus of keel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
b	Pleuritis, astma, bronchitis, langdurig hoesten, longaandoening	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
c	Ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
d	Hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
e	Suikerziekte, schildklieraandoening, jicht, verhoogd cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
f	Aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
g	Aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
h	Suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
i	Aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
j	Rugklachten, spit, hernia, ischias, tennisarm, kromme rug	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
k	Zenuwachtigheid, overwerktheid, oververmoeidheid, depressie, overspanning, zenuwziekte, hyperventilatie	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
l	(Kinder-)verlamming, toevallen, flauwtes, duizelingen, hoofdpijnen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
m	Bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
n	Huidaandoeningen, allergie, fistels	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
o	Trombose, spataderen, open been, kuitpijn	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
p	Tropische ziekten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
q	Enige klacht, aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hieronder toelichten
	<u>Nadere bijzonderheden</u>	<input type="checkbox"/>	
	Wanneer, hoe lang, door wie behandeld, geopereerd, röntgenfoto's, arbeidsongeschikt geweest en dergelijke		
4	Wat is uw lengte en gewicht	Lengte:	cm Gewicht:
	Gewicht het laatste jaar	Toegenomen:	kg Afgenomen:
5	Indien u een bril of contactlenzen draagt, wat is de sterkte van uw brillenglazen/lenzen	Links:	Rechts:
6	Is uw gehoorvermogen normaal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7	Is uw gezichtsvermogen normaal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8	Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
9	Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk niet kon werken. Zo ja, welke, wanneer en hoe lang moest u het werk staken	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

	Toelichting
10 Wanneer hebt u voor het laatst een arts geraadpleegd Wie, wanneer en waarvoor	<input type="checkbox"/> _____ _____
11 Wie is uw huisarts en sinds wanneer	_____
12 Hebt u wel eens een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, hulpverleningsbureau of beoefenaar van alternatieve geneeswijze (bv. homeopaat, acupuncturist, manueel-therapeut) geraadpleegd Wie, wanneer en waarvoor	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____ _____
13 Bent u wel eens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting verpleegd. Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
14 Hebt u ooit een ongeval gehad Zo ja, wanneer, wat waren de gevolgen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
15 Hebt u een operatie ondergaan Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie behandeld	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
16 Bent u van de klachten (vermeld in antwoord op alle voorgaande vragen) geheel hersteld	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Niet van toepassing _____
17 Staat u thans onder behandeling of controle	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
18 Zijn er ooit röntgenfoto's van u gemaakt	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, waarvan: _____
19 Bent u ooit bestraald	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
20 Hebt u ooit aan een bevolkings- of bedrijfsonderzoek deelgenomen (bv. hart, longen) Bent u voor een nader onderzoek opgeroepen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
21 Hebt u een kuur gedaan (bv. rust, dieet of inspuitingen)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
22 Gebruikt u geneesmiddelen Welke, waarvoor en in welke dosis	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja Zo ja, hieronder toelichten <input type="checkbox"/> _____
23 Is uw bloed wel eens onderzocht, bv. op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bv. cholesterol) of geelzucht (hepatitis) Zo ja, wanneer, waarop en met welk resultaat	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____ _____
24 ZIE TOELICHTING OP LAATSTE PAGINA	_____
a Hebt u Aids	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
b Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond, bent u seropositief	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, ermee bekend sedert: _____
c Hebt u ooit in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan Zo ja, wanneer en in welk land	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
d Gebruikt(e) u in de afgelopen vijf jaar intraveneus drugs Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuitjes) gebruikt	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____
e Wordt u, of bent u ooit in de afgelopen vijf jaar, behandeld wegens een sexueel overdraagbare aandoening	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja _____

Geneeskundig onderzoek

Door Dr. _____

Plaatsnaam _____

Datum _____

om: _____ uur _____

32 Is deze kandidaat u bekend

Ja Nee

Zo ja, uit welke hoofde _____

Maten

33 Gewicht (met/zonder kleren)

_____ kg

34 Laatste jaar (toe/afgenomen)

_____ kg

35 Lengte (met/zonder schoenen)

_____ cm

36 Halsomvang

_____ cm

37 Borstomvang (bij inspiratie)

_____ cm

38 Borstomvang (bij expiratie)

_____ cm

39 Buikomvang (over de navel gemeten)

_____ cm

40 Grootste heupomvang

_____ cm

Algemeen onderzoek

41 Zijn er misvormingen of afwijkingen aan romp, ledematen, of gewrichten (let a.u.b. op atrofie van armen of benen, op stijve of slecht bewegende of gezwollen gewrichten, op afwezigheid van lichaamsdelen)

42 Wilt u met name functie en vorm van de rug vermelden

43 Zijn er afwijkingen aan de huid, lymfeklieren, de schildklier, (bij vrouw) mammae

44 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel of geestelijke gesteldheid, peesreflexen, evenwichtszin, tremoren, pathologische reflexen, afwijkingen in psychische zin

45 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus enz.) of oren (otorrhoe)

46 Hoe is het gezichtsvermogen

Zonder correctie

Rechts: _____

Links: _____

Met correctie

Rechts: _____

Links: _____

Welke correctie

Rechts: _____

Links: _____

47 Hoe is het gehoor bij fluisteren op 4 m afstand (Indien geen 4 m, op welke afstand kan dan de fluisterstem worden gehoord)

Rechteroor: _____

Linkeroor: _____

48 Zijn er afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak

Hoe is de toestand van het gebit

Hart en bloedvaten

49 Hart: palpatie, percussie en auscultatie

50 Is de puntstoot te voelen

Ja Nee

Zo ja, afstand in cm van medio-sternale lijn aangeven

cm

51 Hoe is de bloeddruk

Systolisch

Diastolisch

Bij verhoogde bloeddruk een meting verrichten aan het einde van het onderzoek en/of na rust en/of eventueel de volgende ochtend. De diastolische waarde opgeven bij het verdwijnen van de vaattoon

1e bepaling
2e bepaling
3e bepaling
Vlg ochtend 1e bep.
Vlg ochtend 2e bep.

52 Welk instrument is er gebruikt

Electronische meter Veermanometer

53 Zijn er veranderingen aan de arteriën

54 Zijn er veranderingen aan de venae (varices)

Aard: bij varices

Plaats:

Toestand van de huid:

55 Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem

56 Hoe is de pols

Frequentie:

57 Is de pols regelmatig en euaal

Onderzoek bij twijfel ook in liggende houding (dan steeds een functieproef)

Polsfrequentie in rust:

Na 10 diepe kniebuigingen:

Na 1 minuut:

Aantal seconden:

Indien de kniebuigingen niet mogelijk zijn, hoelang kan de adem worden ingehouden

Borst en longen

58 Hoe is de vorm van de borstkast

59 Is deze symmetrisch en ruim beweeglijk bij ademhaling

60 Expirium verlengd

Nee Ja

61 Vindt u bij de percussie en auscultatie van de longen afwijkingen

Nee Ja

62 Zo ja, welke. Teken van emphyseem (Indien er hoestprikkel is, heesheid of versnelde ademhaling enz., geef dan hier nadere beschrijving en tel de ademhalingsfrequentie)

Buik en geslachtsorganen

63 Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud Wilt u steeds nagaan of lever en milt percutoir vergroot en/of voelbaar zijn)

Nee Ja

64 Zo ja, welke (Bij keuring van een vrouw lette men op eventuele aandoeningen in de onderbuik; bestaat er zwangerschap)

65 Vindt u afwijkingen aan penis, testes, epididymes

66 Zijn er afwijkingen om de anus

Urine-onderzoek

Gebruikte onderzoeksmethode:

67 Is de urine inderdaad ter plaatse door kandidaat geloosd

Nee Ja

Het sediment dient te worden onderzocht, indien de urine eiwit bevat (ook als er slechts een spoor is) of indien de bloeddruk te hoog is of de anamnese daartoe een aanwijzing geeft

Eiwit Suiker
 Soortelijk gewicht Kleur
 Helderheid Sediment

Bij positieve reactie met TES-TAPE of Clinistix graag een Fehling of Clinitest

Overleg met huisarts/behandelend arts

68 Hebt u overleg gepleegd met de huisarts en/of met een andere behandelend arts
Zo ja, wat is het resultaat van dit overleg

Nee Ja

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

<p>SLOTVERKLARING De gekeurde persoon verklaart kennis te hebben genomen van de op dit formulier afgedrukte toelichting, van de antwoorden op de vragen 1 t/m 31, en verklaart dat deze antwoorden juist en volledig zijn alsmede te beseffen dat</p>	<p>verzwijging van gegevens of onjuiste dan wel onvolledige opgave van gegevens Delta Lloyd van zijn verplichtingen kan ontslaan. Tevens verklaart betrokkene er geen bezwaar tegen te hebben dat de keurend arts het rapport doet toekomen aan de medisch adviseur van Delta Lloyd Schadeverzekering NV.</p>
--	---

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING GEKEURDE PERSOON

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING KEUREND ARTS

TOELICHTING OP DE MEDISCHE KEURING, BESTEMD VOOR DE GEKEURDE PERSOON

1 Doel van de medische keuring

Het doel van de keuring is de medisch adviseur van Delta Lloyd in staat te stellen te adviseren of en op welke voorwaarden de aangevraagde verzekering kan worden geaccepteerd. Het is dan ook belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn. Met een juiste en volledige beantwoording van de vragen voorkomt u dat Delta Lloyd later de verzekering kan vernietigen of dat een uitkering kan worden geweigerd wegens verzwijging.

2 Vragengrens

Een keuring is in elk geval noodzakelijk als een arbeidsongeschiktheidsdekking wordt aangevraagd met een rente van meer dan 50.000 euro voor het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid (rubriek A) en/of de daarop volgende jaren (rubriek B); bedragen van reeds lopende verzekeringen worden meegeteld bij het bepalen van deze grens. In de rest van deze toelichting worden bovengenoemde grensbedragen de 'vragengrens' genoemd. Maar ook onder de vragengrens is soms een keuring nodig, bijvoorbeeld als de medisch adviseur na beoordeling van een door u ingevulde gezondheidsverklaring meer informatie noodzakelijk acht.

3 HIV-test

Een HIV-test maakt altijd deel uit van de keuring die plaatsvindt vanwege overschrijding van de vragengrens. Indien de gevraagde dekking beneden de vragengrens ligt kan de medisch adviseur op grond van de beantwoording van vraag 23c, d en e besluiten tot nader onderzoek waarop een HIV-test kan volgen. De omstandigheden waaronder kan worden besloten tot een dergelijke test zijn opgenomen in een gedragscode ter uitvoering van artikel 6 van de Wet op de Medische Keuringen.

Volgens die gedragscode kan beneden de vragengrens alleen tot een HIV-test worden overgegaan indien:

- vraag 23c met ja is beantwoord en een bloedtransfusie is ondergaan in een land waarin de bloedvoorziening niet voldoende voor een HIV-besmetting beveiligd kan worden geacht;
- uit de beantwoording van vraag 23d blijkt dat niet altijd steriel materiaal is gebruikt;
- vraag 23e met ja is beantwoord en vervolgens blijkt dat in de afgelopen 5 jaar een behandeling wegens anale gonorrhoe heeft plaatsgevonden.

Het spreekt vanzelf dat het nader onderzoek zich tot deze 3 omstandigheden zal beperken. Als het antwoord op de vragen bij punt 23 ontkennend luidt dan wel indien het nader onderzoek als gevolg van positieve beantwoording seropositiviteit niet aannemelijk maakt, of indien een eventuele test (c.q. een eventuele bevestigingstest) niet wijst op seropositiviteit, dan wordt de verzekering geaccepteerd mits de aanvraag op overige gronden acceptabel wordt geacht.

4 Erfelijkheidsonderzoek

Het ondergaan van erfelijkheidsonderzoek is geen voorwaarde voor het sluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Onder erfelijkheidsonderzoek wordt verstaan een onderzoek door of via een arts op chromosomaal of DNA-niveau naar erfelijke eigenschappen.

Indien de aangevraagde dekking (inclusief lopende verzekeringen) lager is dan de vragengrens, dan hoeft u geen informatie te verstrekken over het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek bij uzelf. Heeft u ziekteverschijnselen verbonden aan een erfelijke ziekte, dan moet dit uiteraard wel gemeld worden.

Het keuringsformulier bevat ook een vraag naar in de familie voorkomende ziekten, de zogenaamde familie-anamnese. Indien de aangevraagde dekking (inclusief lopende verzekeringen) lager is dan de vragengrens, dan hoeft u geen informatie te verstrekken over het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek bij bloedverwanten. Dat geldt eveneens voor het lijden of overleden zijn aan een ernstige onbehandelbare erfelijke ziekte van bloedverwanten, zoals Huntington en myotone dystrofie.

Voor alle duidelijkheid: bij bedragen boven de vragengrens moet dus alle informatie over het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek bij zowel uzelf als bij uw bloedverwanten worden vermeld.

5 Behandeling van medische gegevens

Medische gegevens worden door onze medisch adviseur strikt vertrouwelijk behandeld. Bij de behandeling van uw aanvraag of claim kan het noodzakelijk zijn dat de medisch adviseur één of meer behandelaars zoals bijvoorbeeld de acceptant, de schadecorrespondent of de arbeidsdeskundige inschakelt; in dat geval zal de medisch adviseur aan de behandelaars die medische gegevens verstrekken die voor de afhandeling van de zaak belangrijk zijn. Bij deze eventuele verstrekking van informatie rust op de behandelaars een afgeleide medische geheimhoudingsplicht. Delta Lloyd zal nimmer medische gegevens aan derden verstrekken, tenzij u daarvoor vooraf toestemming hebt gegeven. Uiteraard zullen wel de condities waaronder de verzekering kan worden gesloten aan verzekeringnemer kenbaar worden gemaakt.

6 Privacy-reglement

De op dit formulier ingevulde en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Delta Lloyd gevoerde persoonsregistratie. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars www.verzekraars.nl. U kunt de Gedragscode ook opvragen bij het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon 070-3338500).

7 Voorinformatie inzake het medisch advies

U hebt het recht van de medisch adviseur van Delta Lloyd te vernemen welk advies hij voornemens is uit te brengen met betrekking tot de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden, de verzekering kan worden geaccepteerd. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol als de medisch adviseur van plan is Delta Lloyd te adviseren de verzekering niet of op afwijkende condities te sluiten. Indien u in dat geval als eerste, dus voor Delta Lloyd, van de medisch adviseur het advies wenst te vernemen, verzoeken wij u dit schriftelijk, vergezeld van deze gezondheidsverklaring, rechtstreeks aan de medisch adviseur kenbaar te maken.

Honorarium (volgens tariefbeschikking COTG) € _____

Verlangd honorarium voor bloedafname i.v.m. HIV-test € _____

Verlangd honorarium voor andere extra-verrichtingen € _____

Bankrekeningnummer van de keurend arts _____

Stempel keurend arts _____

DECLARATIEFORMULIER
Behorend bij keuringsformulier
Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Delta Lloyd Schadeverzekering NV
Amsterdam

Referentie Delta Lloyd

Betreft

Het honorarium voor een huisartsenkeuring

€

OVERIGE HANDELINGEN (specificeren)

€

€

€

Totaal

€

Dit bedrag over maken op rekeningnummer

Ten name van

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING AANVRAGER

ONDERWERP
Arbeidsongeschiktheid

Delta Lloyd Schadeverzekering NV

DATUM

BEHANDELD DOOR
Team Medisch Advies

ONDERDEEL
Medische Varia

ONZE REFERENTIE
M6

DOORKIESNUMMER
(020) 594 68 86

UW REFERENTIE

Aan de keurend arts,

Zeer geachte collega,

Vanaf 1 januari 1989 wordt door particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraars, aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars, voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de keuring een HIV-test verlangd indien de te verzekeren rente meer is dan € 32.000,- voor Rubriek A (het eerstejaarsrisico) en/of € 22.000,- voor Rubriek B (het na-eerstejaarsrisico). Delta Lloyd acht een HIV-test gewenst indien de verzekerde rente meer is dan € 50.000,- per rubriek.

Gezien de hoogte van de aangevraagde verzekering is ook bij de u thans voorgelegde keuring een HIV-test noodzakelijk. Het is van groot belang dat de kandidaat-verzekerde vooraf door u hierover wordt geïnformeerd. U wordt verzocht daarbij bijzonder te wijzen op de aard van de HIV-test en de mogelijkheid van een vals-positieve uitslag.

Het verzoekformulier voor het verrichten van een bloedonderzoek treft u als bijlage aan. Indien u zelf bloed afneemt dient u dit formulier mee te zenden naar het betreffende laboratorium. Dit laboratorium stelt, op aanvraag, prik- en verzendmateriaal ter beschikking. Indien u niet zelf bloed afneemt dient u de kandidaat-verzekerde te verwijzen naar een klinisch chemisch laboratorium, dat zonodig een virologisch- of medisch micro-biologisch laboratorium inschakelt. Deze laboratoria zullen onder gebruikmaking van hetzelfde bloedmonster een herhaald positieve Elisa-test laten bevestigen door een Western-Blottest, uit te voeren door het CLB te Amsterdam.

De uitslag van het bloedonderzoek wordt door het laboratorium schriftelijk aan mij als medisch adviseur meegedeeld. Indien de kandidaat-verzekerde heeft aangegeven op de hoogte te willen worden gesteld van een positieve test-uitslag zal ik bij een dergelijke uitslag de huisarts, hemzelf of een door betrokkene met name genoemde vertrouwensarts inlichten. Tegelijkertijd zal aan de kandidaat-verzekerde worden gevraagd contact op te nemen met de huisarts of deze vertrouwensarts. Alvorens hiertoe over te kunnen gaan, is het noodzakelijk aan de kandidaat-verzekerde een akkoordverklaring te vragen (zie bijlage). Ik verzoek u dit formulier aan mij te zenden in bijgevoegde retourenvelop.

U bij voorbaat dankend voor uw medewerking,

met collegiale hoogachting,
de medisch adviseurs van Delta Lloyd Schadeverzekering NV,
J. Lok, arts
J.J. Hamer, arts

namens deze:
J. Lok, arts



INFORMATIE HIV-TEST

Delta Lloyd Schadeverzekering NV

ONDERDEEL
Medische Varia
Medisch advies

Het Verbond van Verzekeraars heeft de arbeidsongeschiktheidsverzekeraars aanbevolen, voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met een verzekerde jaarrente voor Rubriek A (eerstejaarsrisico) van meer dan € 32.000 en/of voor Rubriek B (na-eerstejaarsrisico) van meer dan € 22.000, de kandidaat-verzekerde een HIV-test te laten ondergaan. De arbeidsongeschiktheidsverzekeraars hebben dit advies opgevolgd zij het dat Delta Lloyd Schadeverzekering NV in plaats van de genoemde bedragen een grens van € 50.000 per rubriek hanteert.

Gezien de jaarrente die u wenst te verzekeren, behoort u tot de groep van kandidaatverzekerden die wordt verzocht de HIV-test te ondergaan, teneinde Delta Lloyd in staat te stellen de acceptatiemogelijkheden voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering te kunnen beoordelen.

De HIV-test (HIV staat voor Humaan Immunodeficiëntie Virus) wordt ook wel aids-test genoemd. Indien u instemt met het ondergaan van de test wordt aan de hand van een door u afgestaan bloedmonster bepaald of u drager van het HIV-virus bent. Draggers van dit virus worden seropositieven genoemd. Seropositieve mensen hebben een aanzienlijke kans om op termijn ziekten te ontwikkelen ten gevolge van een verminderde weerstand. Mensen die aan deze ziekten lijden worden aids-patiënten genoemd.

Aan aids wordt in de media al geruime tijd veel aandacht besteed. U weet waarschijnlijk dat dit ziektebeeld ernstige gevolgen heeft. Bij de huidige stand van zaken in de medische wetenschap moet aids helaas worden beschouwd als een aandoening met een vrijwel zekere dodelijke afloop.

Gezien de consequenties van aids voor het arbeidsvermogen zal Delta Lloyd de door u gevraagde arbeidsongeschiktheidsverzekering niet accepteren, indien aan de hand van de HIV-test komt vast te staan dat u seropositief bent.

Hoewel de keuringsarts u bovenstaande achtergrondinformatie waarschijnlijk ook zal verstrekken, leek het ons juist u deze informatie ook schriftelijk over te brengen, zodat u een en ander in uw overwegingen kunt meenemen bij uw beslissing de verklaring aan ommezijde al dan niet te ondertekenen.

Een eventuele seropositieve testuitslag zal nimmer aan derden worden verstrekt, tenzij u ons hierom zelf schriftelijk verzoekt.

Op de achterzijde van dit blad treft u de in te vullen en te ondertekenen bereidverklaring aan.

BEREIDVERKLARING

Deze verklaring s.v.p. in een gesloten envelop zenden aan de volgende arts:

Medisch adviseur van Delta Lloyd Schadeverzekering NV, Antwoordnummer 2636, 1000 PA Amsterdam
(Een postzegel is niet nodig)

De ondergetekende,

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

verklaart kennis te hebben genomen van de toelichting aan de ommezijde van deze verklaring, met betrekking tot de HIV-test in het kader van zijn/haar aanvraag arbeidsongeschiktheidsverzekering en deze toelichting te begrijpen;

verklaart zich bereid deze test te ondergaan;

wenst, in geval de uitslag van de HIV-test uitwijst dat er sprake is van seropositiviteit, deze uitslag:

Niet te vernemen

Wel te vernemen

Alleen invullen als u een positieve testuitslag wel wenst te vernemen

Wenst deze uitslag te vernemen via

Zijn/haar huisarts

Zijn/haar vertrouwensarts

van wie de naam, adres en woonplaats luiden:

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Rechtstreeks

ONDERTEKENING

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING KANDIDAAT-VERZEKERDE

VERZOEK TOT VERRICHTEN VAN HIV-ANTISTOFFEN (ELISA-)TEST

Delta Lloyd Schadeverzekering NV

ONDERDEEL
Medische Varia

GEGEVENS KEUREND ARTS

Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoon

VERZOEK AAN HET LABORATORIUM VOOR HET VERRICHTEN VAN BLOEDONDERZOEK

In verband met de aanvraag voor een particuliere
arbeidsongeschiktheidsverzekering is bloedonderzoek
noodzakelijk bij:

Naam en voorletters

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

**Wilt u bij bovengenoemde een HIV-antistoffen
(Elisa-test) onderzoek laten verrichten**

Indien de HIV-test (Elisa) positief is wilt u dan deze
herhalen en bij een herhaald positieve uitslag deze
laten bevestigen met een Western-Blottest door het
Centraal Laboratorium Bloedtransfusiedienst
te Amsterdam.

**Wilt u de uitslag en de rekening in bijgaande
antwoordenvelop vertrouwelijk zenden aan:**

De medisch adviseur van Delta Lloyd Schadeverzekering NV,
Antwoordnummer 2636,
1000 PA Amsterdam.