

Delta Lloyd Life NV  
Pleinlaan, 15  
B-1050 Brussel  
Tel: +32 2 650 75 57  
Fax: + 32 2 650 75 10  
group.med@deltalloydlife.be  
www.deltalloydlife.be

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het codenummer 167 voor de takken leven 21, 22, 23 en 27, de tak 26 kapitalisatie alsook alle BOAR-takken behalve krediet, borgtocht en hulpverlening (KB 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - BS 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93 - 10.8.03), met maatschappelijke zetel te Fonsnylaan 38, 1060 Brussel, België - BTW BE 0403 280 171 - RPR Brussel - Delta Lloyd Bank: 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 - BIC BNAGBEBB

# Medisch onderzoek

## IN TE VULLEN DOOR DE GENEESHEER AANGEDUID DOOR DE TE VERZEKEREN PERSOON

### **Belangrijk**

De te verzekeren persoon moet zich bij de geneesheer aanmelden met zijn identiteitskaart en het vooraf ingevulde en ondertekende document « Volledige Medische Verklaring ».

De geneesheer wordt verzocht de aanvraag door te geven aan een collega indien de te verzekeren persoon zijn partner of een verwant is.

De kopie van dit document is bestemd voor de te verzekeren persoon.

De op dit document ingewonnen informatie wordt strikt vertrouwelijk en volgens de regels van de medische deontologie behandeld. Door dit document in te vullen, bevestigt de geneesheer dat de meegedeelde informatie juist en volledig is om de verzekeraar in staat te stellen het risico nauwkeurig in te schatten. De verklaringen zijn bindend voor de verzekeringnemer; de verzekeringsovereenkomst zal bijgevolg nietig zijn in geval van opzettelijk verzuim of onnauwkeurigheid in dit document.

Met het oog op een doeltreffend en vlot beheer van het dossier en omwille van vertrouwelijkheid, wordt de geneesheer verzocht het originele exemplaar van dit document samen met dat van de Volledige Medische Verklaring (in de bijgevoegde omslag) terug te sturen naar de raadgevende geneesheer van Delta Lloyd Life.

De kopie van het document « Volledige Medische Verklaring » is bestemd voor de te verzekeren persoon.

Er wordt aan de geneesheer aanbevolen om een kopie van het medisch onderzoek te bewaren.

**Opmerking:** het medisch onderzoek is geldig gedurende 1 jaar vanaf de datum van ondertekening. Indien het contract binnen deze periode niet uitgegeven werd, moet een nieuw onderzoek uitgevoerd worden.



NEE JA

OMSCHRIJVINGEN

**8. Urinewegen of geslachtsorganen**

- a/ Onderzoek van de urine ter plaatse af te nemen (buiten de menstruatie voor de vrouwen):  
Aanwezigheid van eiwit, suiker, bloed of belangrijke bacteriurie?
- b/ Vrouw: Aanwezigheid van gynaecologische aandoening of aandoening van de borsten?  
Gelieve de kandidaat-verzekerde te vragen naar de data en de resultaten van het laatste gynaecologisch onderzoek en het laatste uitstrijkje
- c/ Man: Aanwezigheid van afwijking van de genitale organen?

Gelieve de eventuele dosering aan te geven  
 eiwit g/l  suiker g/l  bloed  
 Sediment RBC WBC  belangrijke bacteriurie

Welke? \_\_\_\_\_

Data en resultaten van de laatste onderzoeken  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Welke? \_\_\_\_\_

**9. Endocrien of lymfatisch stelsel**

- a/ Abnormaal volume van de schildklier?
- b/ Schildklierknobbels?
- c/ Adenopathieën?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke? \_\_\_\_\_

**10. Bewegingsstelsel**

- a/ Littekens?    
Aanwezigheid van materiaal van osteosynthese?
- b/ Misvormingen van de ledematen?    
Misvormingen van het skelet en/ of van de wervelkolom?
- c/ Stijfheid op het niveau van het hals- of lumbale segment?    
Contracturen?
- d/ Aanwezigheid van andere afwijkingen of aandoeningen van de spieren, gewrichten of beenderen?
- e/ Bestaat er een risico van invaliditeit of economische ongeschiktheid?

Welke? \_\_\_\_\_

Welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waarom? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Zenuw- of neurologisch stelsel**

- a/ Abnormale pupil- of patellaire reflexen?
- b/ Aanwezigheid van tekenen van een psychische of neurologische aandoening?

\_\_\_\_\_

Welke? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Zintuigen**

- a/ Oogafwijking, o.a. een vermindering van de gezichtsscherpte?
- b/ Gehoorsafwijking, o.a. een vermindering van de gehoorscherpte?

Welke? \_\_\_\_\_

Graad van scherpte

voor correctie links rechts

na correctie links rechts

Welke? \_\_\_\_\_

Graad van scherpte

voor correctie links rechts

na correctie links rechts

**13. Aanwezigheid van een huidaandoening**

(verdachte naevi, psoriasis, enz.)?

Welke? \_\_\_\_\_

**14. Heeft u andere niet hierboven vermelde aandoeningen vastgesteld?**

Welke? \_\_\_\_\_

**15. Zou u aanraden een speciaal onderzoek uit te voeren?**

Welke? \_\_\_\_\_

Waarom? \_\_\_\_\_

**16. Hoe beoordeelt u de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde, rekening houdend met zijn leeftijd?**

zeer goed  goed  matig  slecht

Opmerkingen \_\_\_\_\_

Ik verklaar de kandidaat-verzekerde vandaag onderzocht te hebben en met juistheid en in geweten geantwoord te hebben op alle vragen die voorafgaan, om de beoordeling van het risico door de verzekeraar mogelijk te maken. Ik weet dat mijn verklaringen de verzekeringnemer binden en dat de verzekeringsovereenkomst bijgevolg nietig is in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens.

| PLAATS | DATUM | HANDTEKENING, STEMPEL EN INSCHRIJVINGSNUMMER VAN DE GENEESHEER |
|--------|-------|--|
|        |       |  |

Tel. geneesheer \_\_\_\_\_  
 De honoraria zijn te betalen op het bankrekeningnummer \_\_\_\_\_  
 Mededeling \_\_\_\_\_