

# VERSLAG MEDISCH ONDERZOEK

BELGIË

Utmost Wealth Solutions is de merknaam die door een aantal Utmost bedrijven wordt gebruikt. Dit document is uitgegeven door Utmost Luxembourg S.A.

Alle begrippen die in het enkelvoud gebruikt worden, impliceren ook het meervoud en omgekeerd. Alle begrippen die in het vrouwelijk geslacht gebruikt worden, impliceren ook het mannelijk geslacht en omgekeerd.

## VERSLAG MEDISCH ONDERZOEK

De verklaringen moeten gedaan worden door de te onderzoeken te verzekeren persoon

1. Volledige naam	<input type="text"/>								
Beroep	<input type="text"/>								
Geboortedatum	<table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>j</td><td>j</td><td>j</td><td>j</td></tr></table>	d	d	m	m	j	j	j	j
d	d	m	m	j	j	j	j		
	Burgerlijke staat (alleenstaand / gehuwd / gescheiden / gescheiden van tafel en bed / weduwe/-naar)	<input type="text"/>							

Als u 'JA' antwoordt op een van deze vragen, dient u hieronder alle nadere details te verstrekken, met inbegrip van de data en duur.

2. a) Staat u momenteel onder medisch toezicht of volgt u een behandeling?  Ja  Nee
- b) Neemt u momenteel geneesmiddelen (al dan niet voorgeschreven), krijgt u injecties of volgt u een speciaal dieet?  Ja  Nee

3. Hebt u ooit last gehad van
- a) Toevallen, bewusteloosheid, duizeligheid, een mentale stoornis of een zenuwstoornis?  Ja  Nee
- b) Astma, bronchitis, pneumonie of een andere longaandoening?  Ja  Nee
- c) Reuma, acuut reuma, artritis of een andere aandoening van de gewrichten of spieren?  Ja  Nee
- d) Pijn in de borst, kortademigheid, palpitaties, hoge bloeddruk of een andere aandoening van het hart of de bloedsomloop?  Ja  Nee

- e) Indigestie, maagzweer, diarree of darmklachten, hepatitis, een andere aandoening van de lever of diabetes?  Ja  Nee
- f) Aandoening van de nieren, blaas of een andere urogenitale aandoening?  Ja  Nee
- g) Enig letsel, een operatie, lichamelijke gebreken of vervormingen?  Ja  Nee
- h) Een andere, hierboven niet opgesomde ziekte?  Ja  Nee

4. a) Bent u patiënt geweest in een ziekenhuis, verzorgingsinstelling of speciale kliniek?  Ja  Nee
- b) Hebt u ooit een röntgenonderzoek, ECG of tests ondergaan, zoals bloed- of andere onderzoeken?  Ja  Nee

Zo ja, vermeld hier de redenen, data en resultaten.

5. Bent u positief getest op hiv/aids of hepatitis B of C, of bent u onderzocht/ behandeld voor andere seksueel overdraagbare aandoeningen of wacht u op de resultaten van dergelijke onderzoeken?  Ja  Nee

Zo ja, vermeld hier nadere details.

6. Hebt u de afgelopen 5 jaar meer dan 2 maanden buiten uw land gereisd of in het buitenland verbleven?  Ja  Nee

7. Hebt u ooit andere geneesmiddelen genomen dan voorgeschreven door een arts?  Ja  Nee

8. a) Wat is uw gemiddelde alcoholconsumptie?      Dagelijks       Wekelijks
- b) Als u geheelonthouder bent, hoe lang bent u dat al?
- c) Hoeveel rookt u per dag?  
     Sigaretten?       Sigaren?       Pijp?
- d) Als u gestopt bent met roken, wanneer bent u gestopt, en was dat op medisch advies?

#### VERKLARING

De te verzekeren persoon verklaart dat elke in dit document gegeven informatie juist, volledig en oprecht is. Hij/Zij erkent dat elk(e) opzettelijk(e) verzuim of onjuistheid kan resulteren in wettelijke sancties en de nietigheid van de Overeenkomst tot gevolg kan hebben.

De te verzekeren persoon verbindt zich ertoe om de Verzekeraar onmiddellijk op de hoogte te stellen van eventuele wijzigingen in de informatie en verklaringen op dit formulier voor de afsluiting van de verzekering of de aanvaarding van een bijkomende premie.

De te verzekeren persoon verleent alle artsen die hem/haar behandelen of behandeld hebben, toestemming om de adviserende arts van de Verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die laatstgenoemde voor het medisch dossier noodzakelijk acht, zowel bij de ondertekening en het beheer van het contract als ter controle bij het uitbetalen van prestaties. Hij/zij stemt er tevens mee in dat zijn/haar arts in geval van overlijden een verklaring omtrent de doodsoorzaak aan de adviserende arts van de Verzekeraar zal overmaken.

De te verzekeren persoon verleent zijn/haar bijzondere toestemming voor de verwerking van de medische gegevens die op hem/haar betrekking hebben - voor de volgende doeleinden: voor de evaluatie van het te verzekeren risico als onderdeel van de aanvaarding van het Verzekeringsvoorstel door de Verzekeraar, het beheer en desgevallend de afwikkeling van de Overeenkomst - en staat de Verzekeraar hierbij uitdrukkelijk toe om de bovenstaande informatie en de medische gegevens in zijn databank te gebruiken en te laten verwerken door zijn adviserende arts enerzijds en door de Verzekeraar anderzijds. De Verzekeraar waarborgt hierbij de meest strikte vertrouwelijkheid bij de verwerking van de verstrekte gegevens.

De verwerking van deze informatie en persoonsgegevens vindt plaats in overeenstemming met en voor de doeleinden van de Overeenkomst.

Deze medische vragenlijst maakt integraal deel uit van het Verzekeringsvoorstel.

De te verzekeren persoon erkent een eensluidend afschrift van deze medische vragenlijst te hebben ontvangen.

#### Verzekerde

#### HANDTEKENING

Datum

d	d	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

Plaats

VERTROUWELIJK VERSLAG

In te vullen door de onderzoekende arts.  
Indien 'JA', geef nadere details met mogelijke aanwijsbare oorzaken (waar van toepassing).

1. Hebt u ooit om professionele redenen contact gehad met de te verzekeren persoon?  Ja  Nee

Zo ja, dan verzoeken wij u uw dossiers te raadplegen om te bevestigen dat alle punten van de fysieke voorgeschiedenis van de te verzekeren persoon op de vorige pagina's gemeld zijn.

- Bent u op enige wijze verwant met de te verzekeren persoon?  Ja  Nee

2. **Algemene beschrijving**

- a) Beschrijf het algemene uiterlijk en de bouw

- b) Is het uiterlijk inconsistent met de opgegeven leeftijd?  Ja  Nee

- c) Zijn er tekenen van een huidige of vroegere overmatige consumptie van alcohol of tabak, of van een ongeregeld leven?  Ja  Nee

- d) Is er een vergroting van de lymfeklieren of de schildklier?  Ja  Nee

- e) Zijn er littekens van betekenis?  Ja  Nee

3. **Metingen (te verrichten in binnenhuiskleding)**

Lengte	<input type="text"/>	m	<input type="text"/>	
Gewicht	<input type="text"/>	Middel	<input type="text"/>	
Borstomvang inad.	<input type="text"/>	Uitadem.	<input type="text"/>	Abdomen <input type="text"/>

- Is het gewicht veranderd tijdens het afgelopen jaar?  Ja  Nee

Zo 'JA', geef de gewichtstoe- of afname aan

**4. Cardiovasculair systeem en bloeddruk**

- a) Lijkt het hart vergroot? Zo 'JA', lijkt het u licht, middelmatig of sterk vergroot te zijn?  Ja  Nee
- b) Zijn er afwijkingen in de harttoon of een onregelmatig ritme?  
Als u een ruis vaststelt, geef dan het tijdstip, het punt van maximale intensiteit, richting van de conductie, aard en luidheid en eventuele invloed van inspanning, houding of ademhaling en vermeld of de oorzaak volgens u functioneel dan wel organisch is.  Ja  Nee
- c) Zijn er afwijkingen in de beenhartslag?  
Indien u arteriële degeneratie vermoedt, beschrijf hier de optische fundi.  Ja  Nee
- d) Zijn er spataders?  Ja  Nee
- e) Bloeddruk: Noteer hier de bloeddruk en meet nogmaals 2 maal als de eerste meting boven 140/95 (4de fase) of 140/90 (5de fase) ligt of als de hartslag abnormaal is.

SYSTOLISCH	DIASTOLISCH		HARTSLAG
	4 <sup>DE</sup> FASE	5 <sup>DE</sup> FASE	

**5. Ademhalingsstelsel**

- a) Zijn er afwijkingen in de vorm of ontwikkeling van de borstkas?  Ja  Nee
- b) Zijn er abnormale fysieke tekenen in de longen?  Ja  Nee
- c) In geval van voorgeschiedenis van longaandoeningen of afwijkingen bij onderzoek, geef de expiratoire piekstroom op.  Ja  Nee

**6. Urogenitaal stelsel**

- a) Bevat de urine:
- i) Albumine  Ja  Nee
- ii) Suiker  Ja  Nee
- iii) Andere afwijkingen?  Ja  Nee

b) Zijn er tekenen van een urogenitale aandoening?  Ja  Nee

c) Zijn er tekenen van een prostaatafwijking?  Ja  Nee

**7. Abdomen**

a) Zijn er tekenen van abdominale gevoeligheid, vergrote lever of milt of andere voelbare afwijkingen?  Ja  Nee

b) Is er een hernia?  Ja  Nee

**8. Zenuwstelsel**

a) Zijn er tekenen van een aandoening van het centraal zenuwstelsel  Ja  Nee

b) Wijst iets op een aanleg voor psychiatrische stoornissen?  Ja  Nee

**9. Zintuigen**

Zijn er afwijkingen aan de ogen, oren of tong?  Ja  Nee

**10. Spieren en skelet**

Zijn er afwijkingen aan de spieren of beenderen, of een verzwakking van de ruggengraats- of gewrichtsfuncties?  Ja  Nee

11. Is er iets dat naar uw mening nader commentaar behoeft?  Ja  Nee

Ik verklaar dat ik de te verzekeren persoon vandaag onderzocht heb en bovenstaande vragen nauwkeurig en eerlijk beantwoord heb.

Onderzoekende arts

HANDTEKENING EN  
STEMPEL

Datum

d	d	m	m	j	j	j	j
---	---	---	---	---	---	---	---

Plaats

Noteer uw naam en initialen in drukletters.  
Naam in drukletters voor betaalbaarstelling cheque.

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. is geregistreerd bij de R.C.S. onder het nummer B37604 en valt onder het toezicht van het Commissariat aux Assurances (CAA)  
Geregistreerd kantooradres: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions is in Luxemburg geregistreerd als bedrijfsnaam van Utmost Luxembourg S.A.