

INTERNISTENKEURING

Er is een verzekering aangevraagd bij Reaal. Deze verzekering keert bij uw overlijden een bedrag uit dat hoger is dan € 500.000. Daarom vraagt Reaal u een internistenkeuring te ondergaan. Dit is nodig om de voorwaarden van de verzekering te kunnen bepalen.

WIE MAG DE INTERNISTENKEURING UITVOEREN?

Een onafhankelijke arts mag het onderzoek uitvoeren. Dat betekent dat het geen arts van Reaal mag zijn of een arts die u kent of heeft gekend. Of u laat het onderzoek door een keuringsinstantie uitvoeren. Dan kunt u uitsluitend bij één van de volgende keuringsinstanties terecht:

- Meditel: telefoonnummer 0900-2021040, www.meditel.nl.
- PreMeo: telefoonnummer 023-5625744, www.premeo.nl (onderzoek kan bij u thuis plaatsvinden).
- Medimark: telefoonnummer 0800-6334627 (gratis), www.medimark.nl.

Deze keuringsinstanties zijn onafhankelijk van Reaal.

WIE BETAALT DE KOSTEN VAN DIT ONDERZOEK?

Reaal betaalt de kosten van het onderzoek. De arts die het onderzoek uitvoert dient de nota in bij Reaal.

WAT WORDT ER ONDERZOEKT IN DE INTERNISTENKEURING?

De keuring bestaat uit een vragenlijst, een lichamelijk onderzoek, een hartfilmpje (E.C.G.) en een bloed en urineonderzoek. Als de keurende arts het nodig vindt, zal een inspannings-E.C.G. en een X-thorax (longfoto) worden gemaakt. Het is belangrijk dat u voor het bloedonderzoek **nuchter bent. Dat betekent dat u vier uur voor het onderzoek niets meer gegeten of gedronken mag hebben, met uitzondering van water.** Ook zal uw bloed op HIV-antistoffen getest worden.

WAT GEBEURT ER MET DE UITSLAGEN VAN HET ONDERZOEK?

De medisch adviseur van Reaal beoordeelt de uitslagen van het medisch onderzoek. Het kan zijn dat de medisch adviseur aanvullende informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld informatie van artsen die u behandelen of van een andere verzekeringsmaatschappij. Mocht dat nodig zijn, dan wordt eerst toestemming aan u gevraagd. Op basis van alle medische gegevens stelt de medisch adviseur een advies op voor Reaal. Dit advies geeft aan of u in aanmerking komt voor de verzekering onder standaard voorwaarden. Het advies kan ook zijn om u niet als verzekerde te accepteren, of aanvullende voorwaarden te stellen, of een verhoogde premie te vragen. U krijgt dan hierover een brief van de medisch adviseur waarin u uitlegt krijgt over het medisch advies.

WILT U HET ADVIES AL EERSTE HOREN?

U heeft het recht het medisch advies als eerste te horen. Dit heet 'het recht op eerste kennisgeving'. Hiervoor stuurt u een brief naar de medisch adviseur. Hierin geeft u aan dat u als eerste het medisch advies wilt horen als u niet de aangevraagde verzekering kunt afsluiten op normale voorwaarden. Nadat u het advies heeft ontvangen geeft u op een machtiging aan of het advies doorgegeven mag worden aan Reaal. Mag het medisch advies niet doorgegeven worden? Dan is er geen verzekering mogelijk. Geeft u wel toestemming? Dan gaat Reaal het medisch advies verwerken. Houdt u er rekening mee dat deze procedure vertragend werkt.

WAT NEEMT U MEE NAAR HET ONDERZOEK?

De arts heeft voor het onderzoek de volgende documenten van u nodig:

- Uw legitimatiebewijs: bijvoorbeeld een paspoort of rijbewijs.
- Brief en onderzoeksformulier voor de keurende arts.

Het is belangrijk dat u alle bovengenoemde documenten meeneemt. Het onderzoek kan anders niet plaatsvinden.

MEER WETEN?

In de brochure 'U moet gekeurd worden! En nu?' leest u meer over medische keuringen en onderzoeken. Deze brochure kunt u vinden op www.reaal.nl bij veelgestelde vragen over de medische beoordeling.

WAT TE DOEN ALS U GEEN ONDERZOEK WILT?

Wilt u geen medisch onderzoek, laat dat ons weten. Wij zullen uw aanvraag dan niet verder behandelen.

WACHT NIET TE LANG MET EEN AFSpraak MAKEN

Maakt u zo snel mogelijk een afspraak voor het onderzoek?

Pas nadat wij het advies van de medisch adviseur hebben ontvangen, kunnen wij uw aanvraag voor de verzekering verder in behandeling nemen.

Met vriendelijke groet,

Reaal Levensverzekeringen
Afdeling Medische Zaken

Bijlage:

- Brief en onderzoeksformulier voor de keurende arts.

Aan de keurend internist,

Geachte collega,

Hierbij verzoek ik u ten behoeve van de medische acceptatie voor een Reaal levensverzekering een keuring uit te voeren, met de volgende inhoud:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek volgens het bijgevoegde formulier.
- Bloedonderzoek (nuchter) volgens het bijgevoegde formulier.
- Urine-onderzoek volgens het bijgevoegde formulier.
- E.C.G. in rust (inspannings E.C.G. op indicatie, door u te beoordelen).
- X-thorax indien een medische indicatie aanleiding geeft (anamnese met longafwijkingen, afwijkingen bij lichamelijk onderzoek, meer dan twintig sigaretten per dag of meer dan 20 pack-year).

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 € 250.000,00 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.

Wilt u de identiteit van de verzekerde vaststellen door middel van inzage in een geldig legitimatiebewijs en deze gegevens noteren op het keuringsformulier?

Wilt u het keuringsformulier met uw nota naar mij opsturen?

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

Ik dank u voor uw medewerking.

Met collegiale hoogachting,

Met vriendelijke groet,
Reaal Levensverzekeringen

Eric Groenewegen
Medisch adviseur



Bijlage Keuringsformulier

UITGEBREID BLOEDONDERZOEK

GEGEVENS KEUREND INTERNIST

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 volgende onderzoeken bij bovengenoemde kandidaat-verzekerde nuchter laten verrichten

Is de verzekerde nuchter Ja Nee

HIV (Elisa) ¹ _____

en

CRP _____ mg/l

Glucose _____ mmol/l

Cholesterol _____ mmol/l

HDL-cholesterol _____ mmol/l

Triglyceriden _____ mmol/l

Gamma-GT _____ U/l

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.

Wilt u de uitslag en de rekening laboratoriumkosten onder vermelding van
VERTROUWELIJK zenden aan:

Reaal N.V.;
t.a.v. de Medisch Adviseur;
Antwoordnummer 11;
1800 VB Alkmaar.

MEDISCHE KEURING LEVENSVZERKERING - ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVZERKERING

Polisnummer 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) Ja Nee
- Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor _____
- 12 Bent u weleens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest Ja Nee
- Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang _____
- 13 Heeft u ooit een ongevalsletsel gehad Ja Nee
- Zo ja wanneer (bij breuken: doorlopend in gewrichten) _____
- Wat waren de gevolgen _____
- Bent u volledig hersteld Ja Nee
- 14 Heeft u ooit een operatie ondergaan Ja Nee
- Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld _____
- 15 Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen Ja Nee
- Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor _____
- Houdt u thans een dieet Ja Nee
- 16 Gebruikt(e) u geneesmiddelen Ja Nee
- Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer _____
- 17 a Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan Ja Nee
- Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag _____
- b Bent u bestraald Ja Nee
- c Is er weleens een electrocardiogram van u gemaakt Ja Nee
- Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag _____
- 18 Heeft u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan Ja 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) Ja Nee
- Zo ja, waarop, wanneer, waarom en met welk resultaat _____
- 20 Hoe is de slaap, de eetlust, de ontlasting, de urineelozing _____
- 21 Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)
- a Rookt(e) u Ja Nee
- Zo ja, hoeveel per dag _____
- Sinds welke leeftijd _____
- b Indien gestopt met roken, wanneer _____
- c Gebruikt(e) u alcohol Ja Nee
- Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag _____
- d Gebruikt(e) u drugs Ja Nee
- Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze _____
- 22 a Afgekeurd bijvoorbeeld voor een betrekking of bloeedonorschap Ja Nee
- Zo ja, waarom _____
- b Voor enige verzekering gekeurd Ja Nee
- Zo ja, welke verzekeraar en wat voor verzekering _____
- c Is de verzekering steeds tot stand gekomen Ja Nee
- d Steeds aangenomen op de normale voorwaarden Ja 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 _____

Plaats _____

Datum _____

Handtekening
kandidaat-verzekerde _____

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, lymphklieren, 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, klop 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 _____

Wilt u indien de tensie te hoog is, deze op een voor betrokkene rustig moment, nog eens opnemen, eventueel Diastole is bij verdwijnen/zachter worden van tonen opgegeven

Tweede bepaling

Na rust

Volgende ochtend

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

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 miltzwelling onderzoek op urobilinurie) _____

c Welke onderzoeksmethode is gebruikt _____

d Eiwit _____ e Suiker _____

f Kleur _____ g Sediment _____

h Cotinine _____ (Rookt de verzekerde? Zo ja? Dan is deze bepaling niet nodig.)

37 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 _____

38 Algemene opmerkingen/ruimte voor extra toelichting

KEURINGSUITSLAGEN

De medisch adviseur stuurt een kopie van de keuringsuitslagen naar de verzekerde.

Wil de verzekerde geen uitslagen ontvangen? Kruis dat dan hier aan

ONDERTEKENING

Bovenstaand onderzoek had plaats op _____ 20 _____ om _____ uur

Stempel en handtekening
keurend arts

IBAN (rekeningnummer)

Onder vermelding van

Ten name van

Te

Het honorarium is conform de NZA-tarieven.