

Vertroulike volledige mediese verslag

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Kliënt se besonderhede

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer

Geboortedatum

D

D

M

M

J

J

J

J

Selfoonnommer

E-posadres

Permanente identiteitsnommer

Ja

Nee

Vervaldatum van paspoort

D

D

M

M

J

J

J

J

Alternatiewe nommer

2: Opdrag aan die mediese dokter wat die vorm invul

Die versekerde lewe het ons gemagtig om inligting by u vir onderskrywing. Ons kan dié inligting regstreeks met ander lewensversekeringskantore of deur sentrale databasisse en namens die lewensversekeringskantore deur die toepaslike lewensversekeringsvereniging deel. Volgens die reëls kan die versekerde lewe vir inligting in die databasis vra en sy/haar mediese dokter sal dié inligting op skrif aan hom/haar beskikbaar stel.

Bevestig die identiteit van die persoon wat u ondersoek deur na die foto in 'n geldige identiteitsdokument, paspoort of bestuurslisensie te kyk. Ons aanvaar nie afskrifte of gefakste afskrifte nie.

Stuur vir ons 'n faktuur om seker te maak dat u die volle betaling ontvang.

Let wel: Mediese dokters wat ondersoeke uitvoer mag nie op enige manier aan die versekerde lewe verwant wees nie.

3: Mediese dokter se verklaring

Mediese dokter se voorletters

Mediese dokter se naam en van

Posadres

Telefoonnommer – werk

HPCSA-registrasienommer

Jaar wat kwalifikasie behaal is

Y

Y

Y

Y

U status:

Algemene praktisyn*

Internis*

Kwalifikasies

Poskode

Faks - werk

Praktyknommer

Ek verklaar dat waar ek nie deur Momentum Metropolitan gekontrakteer is of vir hulle werk nie, ek dié dokument voltooi het as 'n onafhanklike kontrakteur en dat daar geen verwantskap van agentskap tussen my en MMI bestaan nie. Ek verklaar ook dat ek die nodige en behoorlike sorg geneem het om die ware identiteit van die versekerde lewe te bevestig. Ek was getuie toe hy of sy sy of haar handtekening gemaak het, en het die versekerde lewe se geldige dokumentasie hieronder ondersoek:

Identiteitsdokument

Tydlike identiteitsdokument

Suid-Afrikaanse paspoort

Buitelandse paspoort

Bestuurslisensie

Geteken te

Handtekening van mediese dokter

Datum

D

D

M

M

J

J

J

J

4: Persoonlike verklaring

Het enige maatskappy al ooit u aansoek om lewensversekering, mediese versekering, gevreesde siekte- of ongeskiktheids-versekering geweier of uitgestel?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

5: Mediese geskiedenis

5.1 Het u tans of het u al ooit voorheen een van die toestande hieronder gehad?

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede van elke geval in die antwoordblok na vraag 13.

1. Hartkwale, bv. rumatiekkoors, hartgeruis, verhoogde cholesterol, kortasem, hartkloppings, borskaspyn of ongemak, pektorale angina of koronêre trombose bv. hartaanval.

Ja

Nee

2. Hoë bloeddruk, siekte van die bloedvate of van die bloedsomloop, bv. beroerte, verbygaande iskemiese aanval, krampe in die kuite gedurende oefening of wanneer u loop.

Ja

Nee

3. Asemhalings- of longkwale, bv. tuberkulose, asma, brongitis of aanhoudende gehoës.

Ja

Nee

4. Aandoenings van die spysverteringstelsel, galblaas, pankreas of lewer, bv. maagseer of duodenale ulkus, herhalende sooibrand, mantelvliesbreuk, rektale bloeding, aambeie of geelsug, of het u al ooit 'n gastroskopie ondergaan?

Ja

Nee

5. Siekte of aandoening van die niere, blaas of voortplantingsorgane, bv. proteïene in die urien, nierstene, prostaatontsteking (prostatitis), blaasontsteking of seksueel-oordraagbare siektes.

Ja

Nee

6. Het u mediese advies, persoonlike berading of behandeling vir enige seksueel-oordraagbare siektes, vigs of MIV gekry?

Ja

Nee

7. Aandoenings van die senustelsel, bv. epilepsie, floutes of verlamming.

Ja

Nee

8. Geestesiektes, bv. depressie, angs, paniekaanvalle of posttraumatische stresversteuring.

Ja

Nee

9. Oog-, oor-, neus- en keelaandoenings, bv. verswakte sig, gehoorverlies, oorafskeiding, heesheid.

Ja

Nee

10. Aandoenings of siekte van die vel, spiere, bene, gewrigte, ledemate, ruggraat, bv. rumatiek, artritis, jig, 'n verskuifde werwel of ander rugprobleme.

Ja

Nee

11. Diabetes, verhoogde bloedsuiker, suiker in die urien, siektes van die skildklier of ander kliere of bloedsiekte, bv. bloedarmoede of bloedingsiektes.

Ja

Nee

12. Kanker, enige groeisel of gewas, insluitend moesies wat verwyder is (kwaadaardig/nie-kwaadaardig).

Ja

Nee

13. Enige ander siekte, insluitend fibromialgie, chroniese moegheid (jappiegriep), tropiese siektes (bilharzia of malaria), of het u enige mediese prosedures ondergaan, 'n ongeluk gehad (insluitend motorvoertuigongelukke) of is u gehospitaliseer

Ja

Nee

Vraag-nommer	Aard en duur van die klagte of simptome	Datum	Naam en adres van dokter of hospitaal wat u behandel het	Wanneer laas het u simptome gehad?
		M M J J J J		M M J J J J
		M M J J J J		M M J J J J
		M M J J J J		M M J J J J
		M M J J J J		M M J J J J
		M M J J J J		M M J J J J

5: Mediese geskiedenis (vervolg)

5.2 Vir vroulike aansoekers

1. Het u tans of het u al ooit enige siekte van die vroulike geslagsorgane (borste, eierstokke, baarmoeder), of enige abnormaliteit met 'n swangerskap of bevalling gehad, bv. 'n keisersnee, miskraam of aborsie? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums

2. Is u swanger? Ja Nee Indien "ja" hoeveel weke? weke

3. Gaan u gereeld vir:

3.1. 'n Papsmeer? Ja Nee

3.2. 'n Mammogram? Ja Nee

3.3. Indien "ja" vir enige van die bogenoemde, verskaf volledige besonderhede van die mees onlangse uitslae.

5.3 Het u in die afgelope vyf jaar:

1. Enige x-strale, EKG's of ander ondersoeke, insluitend angiogramme, eggokardiogramme, biopsies, genetiese toetse of gewasmerkers of operasies ondergaan, of is u gehospitaliseer? Ja Nee

2. Enige voorskryfmedikasie of oor-die-toonbankmedikasie wat nie vir verkoue of griep was nie, vir langer as tien dae geneem? Ja Nee

3. Enige dokters of spesialiste, insluitend alternatiewe mediese praktisyne of tradisionele geneesheers gesprek en/of het u enige roetine-evalueringe ondergaan? Ja Nee

Indien "ja" vir enige van die bogenoemde, verskaf volledige besonderhede in die tabel hieronder:

Vraag-nummer	Presiese aard van die ondersoek, besoeke of behandelings	Datum	Naam en adres van dokter, spesialis of hospitaal	Uitslae van die ondersoeke	Datum van die nuutste simptome
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J

5.4 Mediese personeel

1. Gee die name en adresse van die mediese personeel wat u gewoonlik spreek en die afgelope drie jaar gespreek het:

Name	Adresse en kontaknommers

5.5 Gewig/oefening

1. Het u gewig die afgelope jaar met meer as 5 kg jaar verander? Ja Nee

Indien "ja", met hoeveel het dit toegeneem of afgeneem en wat was die rede?

Indien "nee", vir hoe lank is u huidige gewig al dieselfde?

2. Oefen u gereeld? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend gereeldheid

5: Mediese geskiedenis (vervolg)

5.6 Gewoontes

(NB: die maatskappy het die reg om bloed-/urientoetse vir kokaïen, dagga of nikotien uit te voer.)

1.	Rook u (dit sluit “vaping”, e-sigarette en “hubbly bubbly” in?)	Ja		Nee					
	Indien “ja”, wat rook u en hoeveel rook u per dag?								
2.	As u ophou rook het of minder rook, verskaf die datum van die verandering, en die besonderhede van u vorige rookgewoontes?	D	D	M	M	J	J	J	J
3.	Watter soort alkohol en hoeveel daarvan drink u?	Soort				per dag		per week	
4.	Het u al ooit middels vir ontspanning of middels om sportsprestasie te verbeter, gebruik?	Ja		Nee					
	Dagga		Kokaïen		Anaboliese steroïede		Ander		
	Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede								
5.	Is u al ooit skuldig bevind aan dronkbestuur, of het u opgehou of minder gedrink, of het u vriende en familie u al oor u alkoholgebruik gekritiseer?	Ja		Nee					
	Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede, insluitend datums, vorige drinkgewoontes en behandeling wat u ontvang het								
6.	Is u al ooit opgeneem vir dwelm- of alkoholmisbruik of aangeraai om rehabilitasie te ondergaan?	Ja		Nee					
	Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede, insluitend enige behandeling								

5.7 Familiageskiedenis

	Ouderdom indien hulle nog lewe	As hulle nog lewe, gee 'n kort beskrywing van huidige gesondheid. As hulle nie gesond is nie, gee die toestand.	Ouderdom by afsterwe	Indien oorlede, gee die oorsaak van afsterwe
Vader				
Moeder				
Aantal broers				
Aantal susters				

1.	Is daar enige omstandighede wat nie hierbo genoem is nie wat u risiko om u lewe te verseker, kan beïnvloed, bv. gevaarlike tydverdrywe (bv. lugvaart, mikrovliegtuig, motorwedrenne of onderwaterduik)?	Ja		Nee	
	Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede				
2.	Is u aangeraai of beplan u om in die volgende ses maande enige doktersbesoeke, operasies of prosedures te ondergaan?	Ja		Nee	
	Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede				

6: Versekerde lewe se verklaring

Ek verklaar en waarborg dat dié persoonlike verklaring, of dit nou in my eie handskrif is of nie, volledig en waar is. Ek verstaan en stem ook in dat die verklaring en die aansoek om lewensversekering, en enige ander dokumente, die basis van die voorgestelde versekeringskontrak sal wees.

Identiteits-/Paspoortnommer	<input type="text"/>
Geteken te	<input type="text"/>
Handtekening van versekerde lewe	<input type="text"/>
Handtekening van mediese dokter	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/>

7: Mediese dokter se vertroulike verslag

Moenie die uitslae van dié ondersoek aan die versekerde lewe of enige ander ongemagtigde persoon bekendmaak nie. As die versekerde lewe dringend behandeling of verdere ondersoeke nodig het, verwys die versekerde lewe na sy/haar mediese dokter. Moenie bykomende ondersoeke reël tensy ons toestemming gegee het nie.

7.1 Geskiedenis van bou en liggaamlike toestand

1. Lengte (sonder skoene) m Gewig (met kleren aan) kg
2. Buik (moet vir alle versekerde lewens ingevul word) cm
3. Borsmaat (asem ingetrek)* cm Borsmaat (asem uitgeblaas)* cm * nie nodig vir vroulike versekerde lewens nie

Gee u indruk van die algehele voorkoms van die aansoeker (bv. mollig, maer, gespierd, bleek, blosend) en noem enige merkbare abnormaleite:

Is daar:

- | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| 1. Enige littekens van 'n operasie of velletsels? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |
| 2. Tekens van hiperlipidemie, bv. arcus cornealis, palmarxantoom of xantelasma? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |
| 3. Vergrootte skildklier of limfvate, knoppe of gewasse wat in die bors gedurende 'n ondersoek gevoel word (palpasie)? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |
| 4. Enige breuke, spatate of aambeie? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |
| 5. Enige tekens van oorsiekte? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |
| 6. Enige gebrekkigheid, fisieke abnormaleite of tekens van rug of gewrigversteurings of abnormale manier van loop? | Ja <input type="text"/> | Nee <input type="text"/> |

Beskryf enige negatiewe bevindings volledig en noem of 'n operasie of ander behandeling nodig is:

7.2 Kardiovaskulêre stelsel

1. Bloeddruk (geneem in 'n rustende posisie) Sistolies/Diastolies / mm Hg
- As die bloeddruk meer as 140/90 is, neem 'n tweede lesing, verkieslik aan die einde van die ondersoek.
- Herhaal Sistolies/Diastolies / mm Hg
2. Dui die polsslag aan Polsslag
3. Is die perifere pols maklik voelbaar? Ja Nee
4. Is daar simptome of tekens van enige kardiovaskulêre abnormaleite, bv. tekens van hartvergroting, hartversaking, abnormale hartklanke of aritmie? Ja Nee
- Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

7.3 Asemhalingstelsel

1. Is daar enige indikasie van 'n vorige of bestaande siekte? Ja Nee

Beskryf enige abnormaleite volledig, soos gebrekkige lug wat in die longe ingaan, abnormale karakter van asemhalingsklanke of bykomende klanke:

7: Mediese dokter se vertroulike verslag (vervolg)

7.4 Gastro-intestinale stelsel

1. Is daar 'n noemenswaardige abnormaliteit van die mond of keel, bv. gewas of leukoplakie?
2. Is daar enige teken van 'n siekte in die gastro-intestinale stelsel, lewer of milt?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>

Beskryf enige ongesonde toestand, teenheid, gewas wat gevoel kan word of ander abnormaliteit volledig:

7.5 Sentrale senuweestelsel

1. Is daar enige abnormaliteite in sig (anders as refraktiewe foute), gehoor en spraak?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Beskryf enige siekte van die sentrale senuweestelsel volledig:

7.6 Genito-urinêre stelsel

'n Urienmonster moet as deel van die mediese ondersoek geneem word.

- | | | | | | | |
|--|----|--------------------------|-----|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1. Is daar proteïene teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 2. Is daar glukose teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 3. Is daar urobilinogen teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 4. Is daar bloed teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 5. Is enige ander abnormale bevinding? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |

Indien teenwoordig, skryf neer hoeveel dit is en die naam van die toets wat gebruik is. Vir vroulike aansoekers, skryf neer of die kliënt menstrueer as daar bloed teenwoordig is.

8: Algemeen

1. Ken u die aansoeker?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Indien "ja", in watter kapasiteit ken u die aansoeker?

2. Het u die uitslae van enige vorige of spesiale ondersoeke?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Indien "ja" verskaf die besonderhede en sluit opmerkings op die verslae in (ons sal die oorspronklike verslae teruggee).

3. Weet u van of vermoed u enige vorige of huidige gesondheidskwessies of gewoontes (alkohol, tabak, dwelms, ens.) wat die versekerde se lewensverwagting of vermoë om sy/haar gekose beroep te doen kan beïnvloed, of 'n eis op 'n mediese gesondheidsplan tot gevolg kan hê?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

8: Algemeen

4. Sou u enige spesiale ondersoek voorstel (bv. bloedtoetse, bors-x-strale, longfunksietoetse, 'n opinie van 'n kardioloog of neuroloog) om enige dele van u ondersoek te verduidelik?

Ja

Nee

Indien "ja", watter ondersoek stel u voor en hoekom?

Bykomende kommentaar

Momentum 268 Westlaan Centurion 0157
Posbus 7400 Centurion 0046 Suid-Afrika
ShareCall 0860 66 23 45
insurancemedicals@momentum.co.za momentum.co.za

Momentum is deel van Momentum Metropolitan Lewens Beperk, 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste en 'n geregistreerde kredietverskaffer. Reg. Nr 1904/002186/06

Momentum Metropolitan Namibië Beperk
MM House 5^{de} Vloer H/v Dr Frans Indongo- & Werner Liststraat Windhoek
Posbus 3785 Windhoek Namibië
Tel +264 (0)61 297 3000 Faks +264 (0)61 297 3573 service@momentum.com.na

Reg. Nr. 89/327