

Vertroulike kort mediese verslag

Polisnommer Lidnommer* Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Kliënt se besonderhede

Naam van versekerde lewe	<input type="text"/>																		
Permanente identiteits-/paspoortnommer	<input type="text"/>	Permanente identiteitsnommer	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>															
Geboortedatum	<input type="text"/>	Vervaldatum van paspoort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Selfoonnommer	<input type="text"/>	Alternatiewe nommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
E-posadres	<input type="text"/>																		

2: Opdrag aan die mediese professionele persoon 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 professionele persoon 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 ondersoek uitvoer mag nie op enige manier aan die versekerde lewe verwant wees nie.

3: Mediese professionele persoon se verklaring

Mediese professionele persoon se voorletters	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
Mediese professionele persoon se naam en van	<input type="text"/>																		
Posadres	<input type="text"/>												Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Telefoonnommer – werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faks - werk	<input type="text"/>						
HPCSA-registrasienumer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Praktyknommer	<input type="text"/>						
Jaar wat kwalifikasie behaal is	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
U status:	Algemene praktisyn* <input type="checkbox"/>						Internis* <input type="checkbox"/>												
<small>** 'n Algemene geneesheer en internis moet by die Suid-Afrikaanse Raad vir Gesondheidsberoepes geregistreer wees en 'n verpleegkundige moet by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) geregistreer wees.</small>																			
Kwalifikasies	<input type="text"/>																		

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	<input type="checkbox"/>	Tydlike identiteitsdokument	<input type="checkbox"/>						
Suid-Afrikaanse paspoort	<input type="checkbox"/>	Buitelandse paspoort	<input type="checkbox"/>	Bestuurslisensie	<input type="checkbox"/>				
Geteken te	<input type="text"/>								
Handtekening van mediese professionele persoon	<input type="text"/>								
Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4: Persoonlike verklaring

Het enige maatskappy al ooit u aansoek om lewensversekering, mediese versekering, gevreesde siekte- of ongeskiktheidsversekering 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 ná vraag 13.

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hartkwale, bv. rumatiekkoors, hartgeruis, verhoogde cholesterol, kortasem, hartkloppings, borskaspyn of ongemak, pektorale angina of koronêre trombose bv. hartaanval. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 3. Asemhalings- of longkwale, bv. tuberkulose, asma, brongitis of aanhoudende gehoës. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 5. Siekte of aandoening van die niere, blaas of voortplantingsorgane, bv. proteïene in die urien, nierstene, prostaatontsteking (prostatitis), blaasontsteking of seksueel-oordraagbare siektes. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 6. Het u mediese advies, persoonlike berading of behandeling vir enige seksueel-oordraagbare siektes, vigs of MIV gekry? | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 7. Aandoenings van die senustelsel, bv. epilepsie, floutes of verlamming. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 8. Geestesiektes, bv. depressie, angs, paniekaanvalle of posttraumatische stresversteuring. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 9. Oog-, oor-, neus- en keelaandoenings, bv. verswakte sig, gehoorverlies, oorafskeiding, heesheid. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 10. Aandoenings of siekte van die vel, spiere, bene, gewigte, ledemate, ruggraat, bv. rumatiek, artritis, jig, 'n verskuifde werwel of ander rugprobleme. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 11. Diabetes, verhoogde bloedsuiker, suiker in die urien, siektes van die skildklier of ander kliere of bloedsiekte, bv. bloedarmoede of bleedingsiektes. | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 12. Kanker, enige groeisel of gewas, insluitend moesies wat verwyder is (kwaadaardig/nie-kwaadaardig). | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |

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
		M M J J J J		M M J J J J

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: Mediese geskiedenis (vervolg)

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 praktisyns of tradisionele geneesheers gesprek en/of het u enige roetine-evaluerings 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 kontaknummers

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

5.6 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-sigarettie 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: Mediese geskiedenis (vervolg)

5.6 Gewoontes (vervolg)

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 Familiëgeskiedenis

	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

Geteken te

Handtekening van
versekerde lewe

Datum

Handtekening van
mediese professionele persoon

Datum

7: Mediese professionele persoon se vertroulike verslag

Moenie die uitslae van dié ondersoek aan die versekerde lewe of enige ander ongemagtigde persoon bekend maak nie. As die versekerde lewe dringend behandeling of verdere ondersoeke nodig het, verwys die versekerde lewe na sy/haar mediese professionele persoon. 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 klere 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:

[Empty box for additional comments]