

Vraelys oor persoonlike welsyn

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Persoonlike besonderhede

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer

Geboortedatum

Naam van finansiële adviseur

Makelaarhuiskode

Permanente identiteitsnommer

Ja

Nee

Telefoon

Finansiële adviseur kode

Telefoon

2: Algemene vrae

1. Is u ooit gediagnoseer met of het u behandeling/medikasie ontvang vir of het u mediese raad ingewing oor enige van die volgende?

	Datum van diagnose	Datum van laaste simptome	Datum van laaste behandeling
Stres/Angs/Paniekversteuring	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Eetversteuring	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Depressie	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Obsesiewe kompulsiewe versteuring (OKS)	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Bipolêre versteuring	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Skisofrenie	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Post traumatiese stresversteuring	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Werkstres	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Aandagafleibaarheidhipereaktiwiteitsindroom (AGHS)/Aandaggebreksindroom (AGS)	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Alkohol en dwelm misbruik	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Ander	<div></div>	<div></div>	<div></div>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2a. Wat was die simptome?

			Datum van laaste simptome
Gewigsverlies	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Gewrigs- en spierpyne/ongemak	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Angs	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Vinnige pols	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Verlies van eetlus	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Chroniese hoofpyne/migraine	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Bekommernis	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Slaaploosheid	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Chroniese moegheid	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Maagprobleme	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>
Ander	<div>Ja</div>	<div>Nee</div>	<div></div>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2: Algemene vrae (vervolg)

3. Na u mening, wat het die toestand en/of terugvalle veroorsaak?

4. Wat was die uiteindelijke diagnose wat u behandelende dokter gemaak het? Verskaf asseblief die datum waarop die diagnose gemaak is:

5. Spreek u tans 'n algemene praktisyn/berader/kliniese sielkundige of psigiater oor u toestand?

Ja ☐ Nee ☐

6. Gebruik u tans enige medikasie? Indien ja, gee die dosis van die medikasie asook enige ander behandeling soos EKT (elektrokonvulsiewe terapie) en psigoterapie met die datums indien van toepassing.

Ja ☐ Nee ☐

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

7. Het u in die verlede enige medikasie gebruik? Indien ja, gee die dosis van die medikasie asook enige ander behandeling soos EKT (elektrokonvulsiewe terapie) en psigoterapie met die datums indien van toepassing.

Ja ☐ Nee ☐

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

Soort medisyne en/of behandeling Dosis Datum

8. Is u ooit vir hierdie toestand gehospitaliseer?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums en rede:

9. Het u dit al ooit oorweeg of probeer om self om die lewe te bring?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

10. Het u ooit elektrokonvulsiewe terapie vir hierdie toestand ontvang?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

11. Het u ooit enige sielkundige behandeling of berading vir hierdie toestand ontvang?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums:

12. Was u al ooit van die werk afwesig as gevolg van u toestand?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", vir hoe lank?

13. Is u heeltemal genees en het u volkome herstel?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "nee", verskaf volledige besonderhede:

14. Verskaf asseblief kontakbesonderhede van alle dokters en/of alternatiewe mediese parktisyns wat u toestand behandel het. Sluit konsultasie datums in:

Naam

Posadres

Poskode

Datum

Naam

Posadres

Poskode

Datum

Naam

Posadres

Poskode

Datum

3: Verklaring deur die versekerde lewe

Ek verklaar dat al die verklarings wat ek afgelê het en al die besonderhede wat ek in hierdie vorm verskaf het (hetsy in my eie handskrif of nie), volledig en waar is. Ek verstaan en stem ook in dat die inligting wat ek verskaf het, tesame met die aansoek om lewensversekering en enige ander toepaslike dokumente, die basis uitmaak van enige versekeringskontrak wat as gevolg van sodanige aansoek mag ontstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

D	D	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Geen betaling vir die voltooiing van die vorm nie.