

Gewrigte-vraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Persoonlike 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"/>	Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
Naam van finansiële adviseur	<input type="text"/>												Finansiële adviseur kode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Makelaarhuiskode	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											

2: Algemene vrae

- Wanneer het die simptome die eerste keer voorgekom? | | | | | | |- Wanneer het die simptome die laaste keer voorgekom? | | | | | | |- Wanneer is u die eerste keer vir hierdie toestand gediagnoseer? | | | | | | |- Wanneer het u die laaste behandeling vir hierdie toestand ontvang? | | | | | | |- Wat was die finale diagnose? | | | | | | |

6. Watter gewrigte was of is aangetas? *(Dui asseblief linker- or regterkant aan)*

Hande en polse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Elmboë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Skouers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R
Ruggraat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Heupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Knieë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R
Enkels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Voete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R	Ander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L	R

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

7. Wat was die oorsaak van die toestand?

Ongeluk of besering	<input type="checkbox"/>	Degenerasiesiekte	<input type="checkbox"/>	Infeksie	<input type="checkbox"/>
Komplikasie van 'n ander siekte of afwyking	<input type="checkbox"/>	Ander	<input type="checkbox"/>		

Verskaf volledige besonderhede:

8. Beskryf die simptome, eienskappe en komplikasies van hierdie toestand:

Pyn en swelling	<input type="checkbox"/>	Inflammasie	<input type="checkbox"/>	Beperkte beweging	<input type="checkbox"/>
Verkalking	<input type="checkbox"/>	Ontwrigting	<input type="checkbox"/>	Breuk	<input type="checkbox"/>
Lig	<input type="checkbox"/>	Matig	<input type="checkbox"/>	Ernstig	<input type="checkbox"/>
Daagliks	<input type="checkbox"/>	Maandeliks	<input type="checkbox"/>	Jaarliks	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	Rugpyn	<input type="checkbox"/>	Ander	<input type="checkbox"/>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

9. Watter behandeling en ondersoek het u ontvang, of ontvang u vir hierdie toestand?

Chirurgie	<input type="checkbox"/>	Artroskopie	<input type="checkbox"/>	Medikasie	<input type="checkbox"/>
Fisioterapie	<input type="checkbox"/>	X-strale	<input type="checkbox"/>	RT/MRB-skanderings	<input type="checkbox"/>

Verskaf volledige besonderhede:

2: Algemene vrae (vervolg)

10. Is u vermoë om u beroep of sport te beoefen, of aktiwiteite van daaglikse lewe (bad, loop, eet en was) te doen, geaffekteer? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

11. Is u ooit vir hierdie toestand gehospitaliseer? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums en duur van hospitalisasie:

12. Verskaf asseblief die name van al die dokters en mediese praktisyns wat u geraadpleeg het in verband met hierdie toestand:

Van Voorletters

Van Voorletters

Van Voorletters

Van Voorletters

13. Verskaf asseblief enige bykomende inligting wat betrekking het op hierdie toestand:

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 onstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum