

Borskaspynvraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Besonderhede van versekerde lewe

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer

Geboortedatum

D

D

M

M

J

J

J

J

Naam van finansiële adviseur

Makelaarhuiskode

Permanente identiteitsnommer

Ja

Nee

Telefoon

Finansiële adviseur kode

Telefoon

2: Algemene vrae

1. Het u al ooit pyn of ongemak in die borskas ondervind? Indien Ja, het die pyn of ongemak enige van die volgende ingesluit?

Ja

Nee

Die linkerskouer, -arm of -hand

Die nek of kakebeen

Albei skouers

Die middel van die borskas

Die linkerkant van die borskas

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2. Was die aard van die pyn of ongemak:

Drukkend of knellend

Soos 'n messteek

'n Brandgevoel

'n Skerp pyn

'n Maagseer

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

3. Was die pyn of ongemak die gevolg van enige van die volgende:

Oefening

Opgewondenheid

Inspanning

Ooreising of stres

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

4. Het die pyn of ongemak met rus voorgekom?

Ja

Nee

Indien Ja, dui asseblief aan wanneer dit voorgekom het

Gedurende die nag

Nadat u geëet het

Ander tye

5. Wanneer was die eerste aanval?

D

D

M

M

J

J

J

J

Wanneer was die laaste aanval?

D

D

M

M

J

J

J

J

Hoe lank het die pyn of ongemak gemiddeld geduur?min

Hoe dikwels kom hierdie aanvalle voor?

6. Gedurende die aanval van borskaspyn of ongemak of daarna, het u:

U dokter geraadpleeg

Noodbehandeling ontvang

In die hospitaal gebly

'n Spesialis gesien

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2: Algemene vrae (vervolg)

7. Is daar al ooit medikasie aan u voorgeskryf vir die pyn of ongemak?

Ja ☐

Nee ☐

Indien "ja", verskaf die volgende inligting:

Soort medikasie

Dosis

Datum van gebruik

Soort medikasie

Dosis

Datum van gebruik

Soort medikasie

Dosis

Datum van gebruik

8. Is 'n diagnose deur die dokter gedoen?

Ja ☐

Nee ☐

Indien "ja", was dit een van die volgende?

Spier-/Skeletprobleem ☐

Hartaanval ☐

Angina ☐

Maagkwaal ☐

Asemhalingsprobleem ☐

Ander ☐

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

9. Hoeveel fisieke aktiwiteit word u toegelaat?

Volle aktiwiteit ☐

Beperkte aktiwiteit ☐

Indien beperk, verskaf asseblief die datum waarop u volle aktiwiteit mag hervat

10. Is 'n elektrokardiogram (EKG) of 'n borskas-X-straal ooit geneem?

Ja ☐

Nee ☐

Indien Ja, verskaf asseblief die datum van die mees onlangse toets

11. Verskaf asseblief enige ander verder toepaslike besonderhede, insluitende die naam en adres van die dokters/spesialiste en/of kardioloog wat u behandel het:

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

Naam van mediese dokter

Posadres

Poskode

3: Verklaring deur 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

Geen betaling vir die voltooiing van hierdie vraelys nie.