

Vraelys oor persoonlike welsyn

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

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eetversteuring	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Depressie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obsesiewe kompulsiewe versteuring (OKS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bipolêre versteuring	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Skisofrenie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Post traumatiese stresversteuring	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Werkstres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aandagafleibaarheidhipereaktiwiteitsindroom (AGHS)/Aandaggebreksindroom (AGS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alkohol en dwelm misbruik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2a. Wat was die simptome?

Datum van laaste simptome

Gewigsverlies	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gewrigs- en spierpyne/ongemak	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angs	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vinnige pols	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Verlies van eetlus	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Chroniese hoofpyne/migraine	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bekommernis	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slaaploosheid	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Chroniese moegheid	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maagprobleme	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ander	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 uself 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 parktisyne 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 onstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

Geen betaling vir die voltooiing van die vorm nie.