

Gesondheidsverklaring

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer\*

Groepnommer\* (\*Vul in vir FundsAtWork)

1: Algemene inligting

Naam van versekerde lewe

Geboortedatum

D

D

M

M

J

J

J

J

Woonadres

Beroep

Bruto maandelikse inkomste

Persentasie werksure bestee aan

Werkgewer

Beskrywing van hoofpligte

Telefoon

Poskode

Versekerde lewe

Eggenoot

Reis

Administrasie

Toesighouding

Handearbeid

Bedryf

2: Onderskrywing

Ly u tans aan of het u al ooit aan enige van die volgende gely?

1. Hart en bloedsirkulasie

1.1

Hoë bloeddruk

1.2

Rumatiekkoors

1.3

Hartkloppings

1.4

Verhoogde cholesterol

1.5

Borskaspyne

1.6

Hartaanval

1.7

Kort van asem

1.8

Hartgeruis

1.9

Bloedsomloopstelsel van bene

1.10

Ander

2. Respiratoriese en longkwale

2.1

Asma

2.2

Tuberkulose

2.3

Brongitis

2.4

Aanhoudende hoes

2.5

Enige asemhalingsprobleme

2.6

Ander

3. Aandoenings van die spysverteringstelsel, galblaas, pankreas of lewer

3.1

Galstene

3.2

Pankreatitis

3.3

Hepatitis A/Akute hepatitis/Geelsug

3.4

History of hepatitis B of C/Chroniese hepatitis/Siektes van die lewer

3.5

Gastriese ulkusse

3.6

Herhalende slegte spysvertering

3.7

Mantelvliesbreuk

3.8

Rektale bloeding

3.9

Ander

4. Aandoenings van die niere, blaas of voortplantingsorgane

4.1

Proteïen in urien

4.2

Bloed in urien

4.3

Nierstene

4.4

Blaasinfeksie

4.5

Prostaatprobleme

4.6

Ander

5. Het u al enige van die volgende dwelmmiddels of medisyne gebruik?

5.1

Kalmeermiddels

5.2

Antidepressante

5.3

Kroniese medikasie - spesifiseer (behalwe vir bestaande kondisies/toestande)

5.4

Homeopatiese medisyne

5.5

Kalmeermiddels

5.6

Cannabis

5.7

Anaboliëse steroïde

5.8

Kokaïen

5.9

Ander

## 2: Onderskrywing (vervolg)

### 6. Toestande van die sentrale senuweestelsel of geestestoestand

Ja ☐ Nee ☐

6.1	Spanning	6.5	Depressie	6.7	Beroerte
6.2	Epilepsie	6.6	Breinfloues	6.8	Verlamming
6.3	Paniekaanvalle/Post-traumatische stresversteuring				
6.4	Konsultasie(s) met psigiater/sielkundige				

### 7. Aandoenings van die oog, oor, neus of keel

Ja ☐ Nee ☐

7.1	Defektiewe visie, (toestande reeds herstel deur 'n bril, kontaklense of keratotomie word uitgesluit)				
7.2	Heesheid	7.4	Oorafskeiding	7.5	Ander
7.3	Gehoerverlies				

### 8. Probleme met u ruggraat, gewrigte, bene, spiere, ledemate of vel

Ja ☐ Nee ☐

8.1	Psoriasis	8.5	Dermatitis	8.9	Rugprobleme
8.2	Artritis	8.6	Jig	8.10	Frakture/gebreekte bene
8.3	Nekprobleme	8.7	Verskuifde werwel	8.11	Ander
8.4	Fibromialgie	8.8	Rumatiek		

### 9. Klier-, bloed- of hormonale afwyking

Ja ☐ Nee ☐

9.1	Bloedingsaandoenings	9.3	Diabetes	9.5	Suiker in urine
9.2	Skildklierprobleme/Ander kliere	9.4	Anemie	9.6	Ander

### 10. Kanker, groeisel of gewas (insluitend moesies verwyder (kwaadaardig of goedaardig)?)

Ja ☐ Nee ☐

### 11. Vroulike versekerde lewe

Enige afwyking in die vroulike organe (borste, eierstokke, baarmoeder) of enige abnormaliteite in swangerskappe of bevallings of abnormale vaginale bloeding, digte borsweefsel, knoppe of siste in die borste of eierstokke?

Ja ☐ Nee ☐

### 12. Enige fisiese of kroniese afwykings of tropiese siektes?

Ja ☐ Nee ☐

12.1	Chroniese moegheid-sindroom	12.4	Enige chroniese siekte	12.5	Porfirie
12.2	Enige tropiese siekte, bv. bilharzia of malaria			12.6	Ander
12.3	Kontraktee telkens dieselfde siekte				

### 13. Het u ooit mediese advies, persoonlike voorligting of behandeling aangevra vir seksueel oordraagbare siektes?

Ja ☐ Nee ☐

13.1	Gonorrée/Sifilis/Genitale herpes	13.2	Ander
------	----------------------------------	------	-------

### 14. Enige ander siekte, versteuring, ongeskiktheid of ongeluk, insluitend motorongelukke?

Ja ☐ Nee ☐

### 15. Het u enige van die volgende in die verlede gehad? (Enige ondersoek wat gedoen is vir kondisies/toestande wat reeds bestaan word nie hierby ingesluit nie.)

Ja ☐ Nee ☐

15.1	X-strale	15.6	EKG	15.7	Skanderings
15.2	Genetiese toetsing/Tumormerkers	15.8	Mediese advies ontvang		
15.3	Konsultasie/s met enige spesialiste	15.9	Ander		
15.4	Geskiedenis van gastroskopie, kolonoskopie of enige ander spesialis ondersoek				
15.5	Enige operasies of was u al voorheen in die hospitaal opgeneem (uitsluitend mangel- en blindederms operasies).				

### 16. Beplan u enige toekomstige chirurgie of gaan u enige mediese advies inwin binne die volgende agt weke? (Buiten mediese ondersoek wat mag voortspuit uit hierdie aansoek.)

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indien u "ja" geantwoord het op enige van vrae 1-16 (uitsluitend vraag nommer 15), verskaf besonderhede:

Vraag nr	Toestand/aandoening	Naam en adres van behandelende dokter of hospitaal	Tans op behandeling?		Datum van laaste behandeling/simptome							Ten volle herstel?	
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	J	Ja	Nee

## 2: Onderskrywing (vervolg)

17. Familie geskiedenis. Ly enige van u familie aan, of het hulle enige van die volgende mediese toestande ondervind in die verlede?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", dui die mediese kondisie/toestande hieronder aan:

	Vader	Moeder	Broer/ Suster	Broer/ Suster	Broer/ Suster	Broer/ Suster
Ouderdom indien lewend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien oorlede, ouderdom by dood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkwaal/Beroete/Hoë bloeddruk/Verhoogde cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ander (oorerflike siektes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verskaf besonderhede indien u enige van die kondisies/toestande gemerk het insluitende die aanvangs ouderdom vir hartsiektes of diabetes asook die tipe kanker, indien van toepassing:

18. Was u al ooit getoets vir, of het u al enige mediese advies of persoonlike berading ontvang aangaande vigs of enige verwante infeksie deur een van die MI-virusse? Die bekendmaking van vorige toetsuitslae beteken nie noodwendig dat ons u dekking sal weier nie. Indien "ja", verskaf besonderhede van alle MIV-toetse wat u in die verlede ondergaan het, insluitend die rede vir die toets of waarom advies gesoek is.

Ja ☐ Nee ☐

Rede vir die MIV-toets  Versekering ☐ Indiensneming ☐ Ander ☐

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

19. Het u 'n MIV-entstof ontvang as 'n deelnemer in die Suid-Afrikaanse Vigs-Entstof-Inisiatief(SAAVI) proefneming?

Ja ☐ Nee ☐

### 20. Gewoontes

20.1 Het u in die afgelope 12 maande gerook of tabak in enige ander vorm gebruik?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

Indien "ander", spesifiseer in die leë blokkie en verskaf hoeveelhede:

Tipe	Hoeveelheid per dag
Sigarette	<input type="checkbox"/>
Pyp	<input type="checkbox"/>
Sigaar	<input type="checkbox"/>
Rooklose tabak (pruim/snuif)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

20.2 Gebruik u alkohol in enige vorm?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

Indien "ander", spesifiseer in die leë blokkie en verskaf hoeveelhede:

Tipe en mate	Hoeveelheid per dag
Bier (eenhede/bottels)	<input type="checkbox"/>
Wyn (glase)	<input type="checkbox"/>
Spiritualieë (sopies)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

20.3 Het u ooit mediese advies ontvang of deeltgeneem aan 'n rehabilitasieprogram om alkohol- en/of rook te verminder?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

### 21. Lengte en gewig

21.1 Lengte (sonder skoene)

,  m

Gewig (met klere aan)

kg

21.2 Het u gewig die afgelope jaar met meer as 5 kg verander?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

en verander met  kg

22. Neem u deel aan of is u betrokke by enige bedrywigheid, neweberoep of beroepsaktiwiteit wat as gevaarlik beskou kan word?

Ja ☐ Nee ☐

Wedrenne

Duik

Lugvaart

Valskermsspring

Mynbou

Beroep

Ander

Heg relevante vraeys aan.

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede:

## 2: Onderskrywing (vervolg)

23. Het 'n versekeraar al ooit enige van die voordele waarvoor u aansoek doen, afgewys, uitgestel of onttrek, of dit aanvaar teen 'n verhoogde premie, of die voordele verminder, of 'n voordeel uitgereik onderhewig aan 'n uitsluitingsklousule?

Ja ☐

Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

24. Was u al ooit medies ongeskik verklaar of het u al ooit eise vir ongeskiktheid of derde party voordele ingedien?

Ja ☐

Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede:

25. Is daar enige ander relevante inligting wat u wil verskaf?

Ja ☐

Nee ☐

26. Aanvaar u enige uitsluiting vir enige gezondheidstoestand vir hierdie aansoek?

Ja ☐

Nee ☐

Indien "ja", verskaf besonderhede van die aanvaarde uitsluitings:

## Huidige/Mees onlangse mediese dokter

Mediese dokter: Onderhewig aan vertroulike korrespondensie, verskaf asseblief die naam van die dokter aan wie ons redes vir die gezondheidbeladings of resultate van 'n MIV-toets kan stuur.

Naam van mediese dokter

Telefoon

Posadres

Poskode

## 3: Verklarings en Ooreenkomste

Ek aanvaar en verstaan dat ek my reg op privaatheid beperk. Om die evaluering van die risiko en die berekening van die premie moontlik te maak en om te help met die oorweging van enige eis vir voordele ingevolge hierdie of enige ander versekeringsaansoek wat ek gedoen het of wat namens my as versekerde lewe gedoen is, magtig ek die Momentum Groep Beperk (Momentum), insluitend hulle huidige en toekomstige filiale en/of verteenwoordigers:

- om van enige persoon, ander versekeraar, mediese fonds, mediese praktisyn/instansie enige inligting te bekom wat Momentum nodig het vir onderskrywing van hierdie aansoek en/of eise wat voortspruit uit hierdie polis. Ek magtig sodanige persoon/persone om genoemde inligting aan Momentum te verstrek, en
- om te eniger tyd (selfs na my dood) met ander versekeraars daardie inligting en enige inligting in hierdie aansoek of in enige verwante polis of ander dokument te deel, hetsy direk of deur 'n databasis wat deur of vir versekeraars as 'n groep bedryf word, en sodanige besonderhede, in verkorte of gekodeerde vorm soos Momentum of die operateurs van sodanige databasis van tyd tot tyd mag goedgevind beskikbaar te stel, en
- om my mediese inligting te openbaar aan enige partye wat Momentum gebruik vir die verskaffing van dienste in verband met die polis.

Ek erken dat ek hierdie magtiging nie kan kanselleer nie en dat dit na my dood sal voortduur.

### Ek verklaar en bevestig die volgende:

- Hierdie aansoek en enige dokumente wat in verband daarmee ingedien is, vorm die grondslag van die kontrak wat ek beoog om aan te gaan en al die inligting wat ek voorsien het, is korrek en volledig.
- Ek sal Momentum skriftelik in kennis stel indien 'n verandering plaasvind in die gezondheid, neweberoep of beroep van die versekerde lewe(ns) tussen die datum van die aansoek en die begindatum van die polis, of die datum van aanvaarding, wat ook al laaste voorkom.
- Ek erken dat Momentum die standaard voorwaardes sal toepas wat normaalweg toegepas word vir hierdie tipe kontrak, en waar van toepassing, die reëls van die skema waaraan hierdie polis behoort, en dat slegs hierdie voorwaardes Momentum sa bind en nie die voorstellings of ondernemings wat enige persoon maak of gee nie.
- Ek verstaan dat Momentum vereis dat die versekerde lewe(ns) 'n MIV-toets ondergaan.
- Ek stem in dat Momentum enigiemand wat later hierdie polis besit kan inlig indien Momentum die voordele of die premie, ingevolge hierdie polis aanpas, vir enige rede.
- Ek verstaan dat Momentum die versekeringskontrak, wat uitgereik is onder hierdie aansoek, sal kanselleer indien die versekerde lewe/leuens/enige belangrike inligting weerhou het op hierdie aansoekvorm of enige vraag/vrae verkeerd beantwoord het, en dat die polishouer alle premies wat betaal is sal verbeur.
- Ek erken en verstaan dat Momentum Metropolitan en/of enige van sy filiale, agente en/of gemagtigde verteenwoordigers nie verantwoordelik sal wees vir enige skade of verlies wat ek ondervind of gely het indien ek hierdie aansoek onderteken voordat dit ten volle voltooi is nie. Ek erken en verstaan dat dit 'n oortreding is om 'n oningevulde of onvolledige ingevulde aansoekvorm te onderteken, soos uiteengesit in die Polishouerbeskermingsreëls wat onder die Langtermynversekeringswet van 1998 gepubliseer is.
- Ek verstaan dat ek die begunstigde(s) ingevolge hierdie polis kan verander deur Momentum skriftelik kennis te gee. Momentum moet sodanige kennisgewing voor die dood van die versekerde lewe(ns) ontvang.

### 3: Verklarings en Ooreenkomste (vervolg)

9. Ek aanvaar alle risikos wat gepaard gaan met kommunikasie met Momentum deur die elektroniese medium soos in hierdie aansoekvorm gekies is. Ek vrywaar Momentum teen enige gevolglike verlies wat 'n derde party of ek mag ly as gevolg van die misbruik, wanaanwending of wanvertolking van hierdie kommunikasie. In die geval van konflik tussen die inhoud van die elektroniese kommunikasie en enige daaropvolgende geskrewe instruksie van die polishouer, sal die elektroniese kommunikasie bindend vir die polishouer wees.
10. Ek aanvaar waar Momentum aanspreeklik is vir die betaling van rente op enige bedrag/bedrae wat ingevolge die bepalings van hierdie kontrak verskuldig is, bepaal Momentum die rentekoers wat toegepas word.
11. Ek erken dat ek die verklaring hierbo gelees het en die aard en uitwerking daarvan ten volle verstaan en dat dit bindend is.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

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