

Epilepsievraelys

(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. Eerste epileptiese aanval:

2. Voltooi asseblief die volgende:

Soort diagnose gemaak

Oorsaak van epilepsie

Aantal aanvalle/jaar

Wanneer kom die aanvalle voor

Petit mal

Siekte

Bedags of snags

Grand mal

Tumor

Na u alkohol gedrink het

Temporale lob

Hoofbesering

Na opgewondenheid

Post-traumaties

Onbekend

Na geestesangs

Ander

Ander

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

3. Ondervind u tans of het u enige van die volgende funksionele inkortings?

Aktiwiteite van daaklikse werk/gewone beroep

Aktiwiteite van daaglikse lewe

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

4. Ondervind u enige van die volgende simptome?

Verminderde konsentrasie

Swak geheue (inkorting van geheuefunksie)

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

5. Het u ooit aan enige neurologiese simptome soos die volgende gely?

Spierswakheid

Verlies aan sig

Aantasting van spraak

Ander

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

6. Ontvang u tans enige behandeling?

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend handelsnaam en dosis:

7. Het u 'n lisensie om 'n motorvoertuig te bestuur?

8. Hoe dikwels gebruik u medikasie?

Soms

Dikwels

Voortdurent

9. Ly u aan enige nuwe-effekte van die epilepsiemedikasie?

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

UNDERW0320622A | Epilepsievraelys (deur versekerde lewe)

1 / 2

2: Algemene vrae (vervolg)

10. Het u ooit 'n psigiater gekonsulteer?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend dokters se name, datum/s van konsultasie en medikasie voorgeskryf:

11. Beskou u u epilepsie as beheer deur medikasie?

Ja

Nee

12. Verskaf asseblief die name van dokters (insluitend neuroloë) wat u gekonsulteer het, datums van konsultasie en/of hospitalisasie en enige ander ondersoeke wat voorheen gedoen is, bv. EEG, RT-skandering van die brein, ens.

Naam

Datum

Naam

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

Geen betaling vir die voltooiing van die vorm nie.