

Asemhalingsvraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Besonderhede van versekerde lewe

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

2: Simptome van u asemhalingskondisie

1. Aan watter soort asemhalingskwaal ly u (bv. asma, emfiseem, chroniese bronchitis, pulmonêre tuberkulose, sarkoïdose, ens.)?

2. Hoe erg is u simptome? Lig Matig Erg Geen

3. Hoe gereeld kom die simptome voor? Daaglik Weeklik Maandelik Heeljaar

(u kan meer as een opsie aandui)

Herfs Lente Winter Somer

4. Wat is u simptome? Hoes Kortasem Oormatige slym

(u kan meer as een opsie aandui)

Asemfluit Benoudheid van die borskas Ander

Indien "ander", verskaf volle besonderhede:

5a. Op watter ouderdom het u simptome begin?

5b. Meld maand en jaar van laaste simptome

6. Is u borskas oop tussen aanvalle? Ja Nee

Indien "nee", verskaf volle besonderhede:

7. Verskaf die getal aanvalle: Daaglik Weeklik Maandelik Jaarliik Geen

8. Is u ooit vir enige komplikasies (bv. onbeheerde asma) gehospitaliseer? Ja Nee

Dokterkonsultasies Datum Komplikasies:

Datum Komplikasies:

Ongevalleafdeling Datum Komplikasies:

Datum Komplikasies:

Opname in saal of intensiewe sorg Datum Komplikasies:

Datum Komplikasies:

9. Was u ooit bedlêend of tot die huis beperk weens u asemhalingskwaal? Ja Nee

Indien "ja", vir hoe lank?

10. Raak u kortasem by inspanning? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

11. Ly u aan aanvalle snags/beklemming in die bors vroeg soggens? Ja Nee

Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

12. Moet u uitermate staat maak op ingeasemde brongodilatore ("asmapompies") vir die verligting van die simptome? Ja Nee

Indien "ja", meld soort behandeling, insluitend handelsnaam:

3: Behandeling van u asemhalingskondisie

1. Kry u behandeling vir u toestand? Ja Nee
Indien "ja", meld die soort behandeling en dosis, insluitend die handelsnaam:

Brongodilator	Handelsnaam:		Dosis:	
Inhalasie-steroïde (kortisoen)	Handelsnaam:		Dosis:	

2. In watter kategorie val u behandeling?

Net ongereelde behandeling tydens aanvalle	Deurlopende behandeling wat net vir kort tydperke onderbreek word
Behandeling oor 'n aantal maande	Nie tans op enige medikasie nie

3. Is kortisoen tydens bogenoemde behandelingstydperk gebruik? Ja Nee
Indien "ja", meld duur van kortisoen-behandeling:

4. Meet u die piekvloei met 'n piekvloeiometer? Ja Nee Bevestig dit goeie beheer? Ja Nee
Is daar 'n merkbare verskil in die lesings? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

5. Neem u aan sport deel? Ja Nee
Wanneer u deelneem aan sport, veroorsaak dit simptome? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

6. Was u ooit van die werk afwesig weens u asemhalingskondisie? Ja Nee
Indien "ja", verskaf datum/s en besonderhede:

7. Is daar omstandighede by die werk wat u simptome vererger? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

8. Is u allergies vir enige medikasie (bv. aspirien) of enige soort kos? Ja Nee
Indien "ja", verskaf volle besonderhede:

9. Is daar ooit enige beperkings van funksionele kapasiteit, insluitend u vermoë om te werk? Ja Nee
Indien "ja", verskaf datum/s en besonderhede:

10. Rook u tans? Ja Nee
Indien "ja", verskaf besonderhede van u huidige en vorige rookgewoontes:
Huidige rookgewoontes per dag Vorige rookgewoontes per dag Het ophou rook

11. Het u ooit een van die volgende ondersoeke gehad? Ja Nee
Indien "ja", meld die datum/s en die uitslae:

Borskas X-straal	Datum	<input type="text"/>	Uitslag:	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Longfunksietoets	Datum	<input type="text"/>	Uitslag:	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Indien enige ander ondersoeke gedoen is, voorsien die naam van ondersoek, datum/s en uitslae:

Naam van ondersoek	Datum	<input type="text"/>	Uitslag:	<input style="width: 60%;" type="text"/>
Naam van ondersoek	Datum	<input type="text"/>	Uitslag:	<input style="width: 60%;" type="text"/>

Verskaf asseblief enige verdere toepaslike besonderhede, insluitend die name en adresse van enige mediese dokter/s of spesialis/te wat u behandel het:

4: Verklaring deur die versekerde lewe

Ek verklaar dat al die stellings wat ek in hierdie vorm gemaak het en besonderhede wat ek 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 van enige versekeringskontrak, wat as gevolg van sodanige aansoek tot stand kom, uitmaak.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

Geen betaling vir die voltooiing van hierdie vorm nie.