

Borskaspynvraelys

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Besonderhede van versekerde lewe

| | | | | |
|--|----------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Naam van versekerde lewe | <input type="text"/> | Permanente identiteitsnommer | Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/> |
| Permanente identiteits-/paspoortnommer | <input type="text"/> | Telefoon | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Finansiële adviseur kode | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Naam van finansiële adviseur | <input type="text"/> | Telefoon | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Makelaarhuiskode | <input type="text"/> | | | |

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 | <input type="checkbox"/> | Die nek of kakebeen | <input type="checkbox"/> | Albei skouers | <input type="checkbox"/> |
| Die middel van die borskas | <input type="checkbox"/> | Die linkerkant van die borskas | <input type="checkbox"/> | Ander | <input type="checkbox"/> |

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

2. Was die aard van die pyn of ongemak:

| | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Drukkend of knellend | <input type="checkbox"/> | Soos 'n messteek | <input type="checkbox"/> | 'n Brandgevoel | <input type="checkbox"/> | 'n Skerp pyn | <input type="checkbox"/> |
| 'n Maagseer | <input type="checkbox"/> | Ander | <input type="checkbox"/> | | | | |

Indien "ander", verskaf volledige besonderhede

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

| | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Oefening | <input type="checkbox"/> | Opgewondenheid | <input type="checkbox"/> | Inspanning | <input type="checkbox"/> | Ooreising of stres | <input type="checkbox"/> | Ander | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|--------------------------|

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 | <input type="checkbox"/> | Nadat u geëet het | <input type="checkbox"/> | Ander tye | <input type="checkbox"/> |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|

5. Wanneer was die eerste aanval?

Wanneer was die laaste aanval?

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 | <input type="checkbox"/> | Noodbehandeling ontvang | <input type="checkbox"/> | In die hospitaal gebly | <input type="checkbox"/> |
| 'n Spesialis gesien | <input type="checkbox"/> | Ander | <input type="checkbox"/> | | |

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 onstaan.

Onderteken te

Handtekening van versekerde lewe

Datum

Geen betaling vir die voltooiing van hierdie vraelys nie.