

Vertroulike kort mediese verslag

Polisnommer

Lidnommer*

Groepnommer* (*Vul in vir FundsAtWork)

1: Kliënt se besonderhede

Naam van versekerde lewe

Permanente identiteits-/paspoortnommer

Geboortedatum

D

D

M

M

J

J

J

J

Selfoonnommer

E-posadres

Permanente identiteitsnommer

Ja

Nee

Vervaldatum van paspoort

D

D

M

M

J

J

J

J

Alternatiewe nommer

2: Opdrag aan die mediese professionele persoon wat die vorm invul

Die versekerde lewe het ons gemagtig om inligting by u vir onderskrywing. Ons kan dié inligting regstreeks met ander lewensversekeringskantore of deur sentrale databasisse en namens die lewensversekeringskantore deur die toepaslike lewensversekeringsvereniging deel. Volgens die reëls kan die versekerde lewe vir inligting in die databasis vra en sy/haar mediese professionele persoon sal dié inligting op skrif aan hom/haar beskikbaar stel.

Bevestig die identiteit van die persoon wat u ondersoek deur na die foto in 'n geldige identiteitsdokument, paspoort of bestuurslisensie te kyk. Ons aanvaar nie afskrifte of gefakte afskrifte nie.

Stuur vir ons 'n faktuur om seker te maak dat u die volle betaling ontvang.

Let wel: Mediese dokters wat ondersoeke uitvoer mag nie op enige manier aan die versekerde lewe verwant wees nie.

3: Mediese professionele persoon se verklaring

Mediese professionele persoon se voorletters

Mediese professionele persoon se naam en van

Posadres

Telefoonnommer – werk

HPCSA-registrasienommer

Jaar wat kwalifikasie behaal is

Y

Y

Y

Y

U status:

Algemene praktisyn*

Internis*

Poskode

Faks - werk

Praktyknommer

**** 'n Algemene geneesheer en internis moet by die Suid-Afrikaanse Raad vir Gesondheidsberoepe geregistreer wees en 'n verpleegkundige moet by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (SARV) geregistreer wees.**

Kwalifikasies

Ek verklaar dat waar ek nie deur Momentum Metropolitan gekontrakteer is of vir hulle werk nie, ek dié dokument voltooi het as 'n onafhanklike kontrakteur en dat daar geen verwantskap van agentskap tussen my en MMI bestaan nie. Ek verklaar ook dat ek die nodige en behoorlike sorg geneem het om die ware identiteit van die versekerde lewe te bevestig. Ek was getuie toe hy of sy sy of haar handtekening gemaak het, en het die versekerde lewe se geldige dokumentasie hieronder ondersoek:

Identiteitsdokument

Tydlike identiteitsdokument

Suid-Afrikaanse paspoort

Buitelandse paspoort

Bestuurslisensie

Geteken te

Handtekening van mediese professionele persoon

Datum

D

D

M

M

J

J

J

J

4: Persoonlike verklaring

Het enige maatskappy al ooit u aansoek om lewensversekering, mediese versekering, gevreesde siekte- of ongeskiktheids-versekering geweier of uitgestel?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

5: Mediese geskiedenis

5.1 Het u tans of het u al ooit voorheen een van die toestande hieronder gehad?

Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede van elke geval in die antwoordblok ná vraag 13.

1. Hartkwale, bv. rumatiekkoors, hartgeruis, verhoogde cholesterol, kortasem, hartkloppings, borskaspyn of ongemak, pektorale angina of koronêre trombose bv. hartaanval.

Ja

Nee

2. Hoë bloeddruk, siekte van die bloedvate of van die bloedsomloop, bv. beroerte, verbygaande iskemiese aanval, krampe in die kuite gedurende oefening of wanneer u loop.

Ja

Nee

3. Asemhalings- of longkwale, bv. tuberkulose, asma, brongitis of aanhoudende gehoies.

Ja

Nee

4. Aandoenings van die spysverteringstelsel, galblaas, pankreas of lewer, bv. maagseer of duodenale ulkus, herhalende sooibrand, mantelvliesbreuk, rektale bloeding, aambeie of geelsug, of het u al ooit 'n gastroskopie ondergaan?

Ja

Nee

5. Siekte of aandoening van die niere, blaas of voortplantingsorgane, bv. proteïne in die urien, nierstene, prostaatontsteking (prostatitis), blaasontsteking of seksueel-oordraagbare siektes.

Ja

Nee

6. Het u mediese advies, persoonlike berading of behandeling vir enige seksueel-oordraagbare siektes, vigs of MIV gekry?

Ja

Nee

7. Aandoenings van die senustelsel, bv. epilepsie, floutes of verlamming.

Ja

Nee

8. Geestesiektes, bv. depressie, angs, paniekaanvalle of posttraumatische stresversteuring.

Ja

Nee

9. Oog-, oor-, neus- en keelaandoenings, bv. verswakte sig, gehoorverlies, oorafskeiding, heesheid.

Ja

Nee

10. Aandoenings of siekte van die vel, spiere, bene, gewrigte, ledemate, ruggraat, bv. rumatiek, artritis, jig, 'n verskuifde werwel of ander rugprobleme.

Ja

Nee

11. Diabetes, verhoogde bloedsuiker, suiker in die urien, siektes van die skildklier of ander kliere of bloedsiekte, bv. bloedarmoede of bleedingsiektes.

Ja

Nee

12. Kanker, enige groeisel of gewas, insluitend moesies wat verwyder is (kwaadaardig/nie-kwaadaardig).

Ja

Nee

13. Enige ander siekte, insluitend fibromialgie, chroniese moegheid (jappiegriep), tropiese siektes (bilharzia of malaria), of het u enige mediese prosedures ondergaan, 'n ongeluk gehad (insluitend motorvoertuigongelukke) of is u gehospitaliseer?

Ja

Nee

Vraag-nommer	Aard en duur van die klagte of simptome	Datum	Naam en adres van dokter of hospitaal wat u behandel het	Wanneer laas het u simptome gehad?
		M M J J J J J		M M J J J J J
		M M J J J J J		M M J J J J J
		M M J J J J J		M M J J J J J
		M M J J J J J		M M J J J J J
		M M J J J J J		M M J J J J J
		M M J J J J J		M M J J J J J

5.2 Vir vroulike aansoekers

1. Het u tans of het u al ooit enige siekte van die vroulike geslagsorgane (borste, eierstokke, baarmoeder), of enige abnormaaliteit met 'n swangerskap of bevalling gehad, bv. 'n keisersnee, miskraam of aborsie?

Ja

Nee

Indien “ja”, verskaf volledige besonderhede, insluitend datums

2. Is u swanger?

Ja

Nee

Indien “ja” hoeveel weke?

weke

3. Gaan u gereeld vir:

3.1. 'n Papsmeer?

Ja

Nee

3.2. 'n Mammogram?

Ja

Nee

3.3. Indien “ja” vir enige van die bogenoemde, verskaf volledige besonderhede van die mees onlangse uitslae.

5: Mediese geskiedenis (vervolg)

5.3 Het u in die afgelope vyf jaar:

- Enige x-strale, EKG's of ander ondersoeke, insluitend angiogramme, eggokardiogramme, biopsies, genetiese toetse of gewasmerkers of operasies ondergaan, of is u gehospitaliseer?
- Enige voorskryfmedikasie of oor-die-toonbankmedikasie wat nie vir verkoue of griep was nie, vir langer as tien dae geneem?
- Enige dokters of spesialiste, insluitend alternatiewe mediese praktisyns of tradisionele geneesheers gespreek en/of het u enige roetine-evaluerings ondergaan?

Ja ☐ Nee ☐

Ja ☐ Nee ☐

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja" vir enige van die bogenoemde, verskaf volledige besonderhede in die tabel hieronder:

Vraag-nommer	Presiese aard van die ondersoek, besoeke of behandelings	Datum	Naam en adres van dokter, spesialis of hospitaal	Uitslae van die ondersoeke	Datum van die nuutste simptome
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J
		M M J J J J			M M J J J J

5.4 Mediese personeel

- Gee die name en adresse van die mediese personeel wat u gewoonlik spreek en die afgelope drie jaar gespreek het:

Name	Adresse en kontaknommers

5.5 Gewig/oefening

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

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", met hoeveel het dit toegeneem of afgeneem en wat was die rede?

Indien "nee", vir hoe lank is u huidige gewig al dieselfde?

- Oefen u gereeld?

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend gereeldheid

5.6 Gewoontes

(NB: die maatskappy het die reg om bloed-/urientoetse vir kokaïen, dagga of nikotien uit te voer.)

- Rook u (dit sluit "vaping", e-sigarette en "hubbly bubbly" in?)

Ja ☐ Nee ☐

Indien "ja", wat rook u en hoeveel rook u per dag?

- As u ophou rook het of minder rook, verskaf die datum van die verandering, en die besonderhede van u vorige rookgewoontes?

D D M M J J J J

- Watter soort alkohol en hoeveel daarvan drink u?

Soort per dag per week

- Het u al ooit middels vir ontspanning of middels om sportsprestasie te verbeter, gebruik?

Ja ☐ Nee ☐

Dagga Kokaïen Anaboliese steroïede Ander

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

5: Mediese geskiedenis (vervolg)

5.6 Gewoontes (vervolg)

5. Is u al ooit skuldig bevind aan dronkbestuur, of het u opgehou of minder gedrink, of het u vriende en familie u al oor u alkoholgebruik gekritiseer?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend datums, vorige drinkgewoontes en behandeling wat u ontvang het

6. Is u al ooit opgeneem vir dwelm- of alkoholmisbruik of aangeraai om rehabilitasie te ondergaan?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede, insluitend enige behandeling

5.7 Familiageskiedenis

	Ouderdom indien hulle nog lewe	As hulle nog lewe, gee 'n kort beskrywing van huidige gesondheid. As hulle nie gesond is nie, gee die toestand.	Ouderdom by afsterwe	Indien oorlede, gee die oorsaak van afsterwe
Vader				
Moeder				
Aantal broers				
Aantal susters				

1. Is daar enige omstandighede wat nie hierbo genoem is nie wat u risiko om u lewe te verseker, kan beïnvloed, bv. gevaarlike tydverdrywe (bv. lugvaart, mikrovliegtuig, motorwedrenne of onderwaterduik)?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

2. Is u aangeraai of beplan u om in die volgende ses maande enige doktersbesoeke, operasies of prosedures te ondergaan?

Ja

Nee

Indien "ja", verskaf volledige besonderhede

6: Versekerde lewe se verklaring

Ek verklaar en waarborg dat dié persoonlike verklaring, of dit nou in my eie handskrif is of nie, volledig en waar is. Ek verstaan en stem ook in dat die verklaring en die aansoek om lewensversekering, en enige ander dokumente, die basis van die voorgestelde versekeringskontrak sal wees.

Identiteits-/Paspootnommer

Geteken te

Handtekening van
versekerde lewe

Datum

Handtekening van
mediese professionele persoon

Datum

7: Mediese professionele persoon se vertroulike verslag

Moenie die uitslae van dié ondersoek aan die versekerde lewe of enige ander ongemagtigde persoon bekend maak nie. As die versekerde lewe dringend behandeling of verdere ondersoeke nodig het, verwys die versekerde lewe na sy/haar mediese professionele persoon. Moenie bykomende ondersoeke reël tensy ons toestemming gegee het nie.

7.1 Geskiedenis van bou en liggaamlike toestand

1. Lengte (sonder skoene) , m Gewig (met klere aan) kg

2. Buik (moet vir alle versekerde lewens ingevul word) cm

3. Borsmaat (asem ingetrek)* cm Borsmaat (asem uitgeblaas)* cm * nie nodig vir vroulike versekerde lewens nie

Gee u indruk van die algehele voorkoms van die aansoeker (bv. mollig, maer, gespierd, bleek, blosend) en noem enige merkbare abnormaleiteite:

7.2 Kardiovaskulêre stelsel

- | | | | | | | | | | |
|----|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| 1. | Bloeddruk (geneem in 'n rustende posisie) | Sistolies/Diastolies | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mm Hg |
| | As die bloeddruk meer as 140/90 is, neem 'n tweede lesing, verkieslik aan die einde van die ondersoek. | | | | | | | | |
| | Herhaal | Sistolies/Diastolies | <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mm Hg |
| 2. | Dui die polsslag aan | | | | | | | | Polsslag <input type="text"/> |
| 3. | Is die pols reëlmatig?? | | | | | | | | Ja <input type="text"/> Nee <input type="text"/> |

'n Urienmonster moet as deel van die mediese ondersoek geneem word.

- | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1. | Is daar proteïne teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 2. | Is daar glukose teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 3. | Is daar urobilinogen teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 4. | Is daar bloed teenwoordig? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |
| 5. | Is enige ander abnormale bevinding? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nee | <input type="checkbox"/> | Indien teenwoordig, hoeveel? | <input type="text"/> |

Indien teenwoordig, verskaf die naam van die toets wat gebruik is. Vir vroulike aansoekers, dui aan of die kliënt menstrueer as daar bloed teenwoordig is.

Indien enige monster geneem en na 'n laboratorium gestuur is, dui asseblief die naam van die laboratorium waarheen die toets gestuur is, hieronder aan.

Om betaling te vergemaklik dui aan of die monsters hieronder geneem en na die laboratorium gestuur is:

Urienmonster	Ja		Nee		Bloedmonster	Ja		Nee	
--------------	----	--	-----	--	--------------	----	--	-----	--

Naam van rekeninghouer																					
Naam van bank																					
Naam van tak																					
Rekeningnummer													Tak code								
Tipe rekening	Tjek					Spaar					Transmissie										

Ons betaal volgens Momentum se vaste tarief.

