

## Gesondheidsverklaring

(deur versekerde lewe)

Polisnommer

Lidnommer\*

Groepnommer\* (\*Vul in vir FundsAtWork)

### 1: Algemene inligting

Naam van versekerde lewe	<input type="text"/>																
Geboortedatum	<input type="text"/>	Telefoon	<input type="text"/>														
Woonadres	<input type="text"/>																
	<input type="text"/>										Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Beroep	<input type="text"/>																
Bruto maandelikse inkomste	Versekerde lewe	<input type="text"/>	Eggenoot	<input type="text"/>													
Persentasie werksure bestee aan	Reis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	Administrasie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	Toesighouding	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
	Handearbeid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	Bedryf	<input type="text"/>									
Werkgewer	<input type="text"/>																
Beskrywing van hoofpligte	<input type="text"/>																

### 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.4	Verhoogde cholesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.7	Kort van asem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
1.2	Rumatiekkoors	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.5	Borskaspyne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.8	Hartgeruis	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
1.3	Hartkloppings	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.6	Hartaanval	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.9	Bloedsomloopstelsel van bene	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
								1.10	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>

#### 2. Respiratoriese en longkwale

2.1	Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2.3	Brongitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2.5	Enige asemhalingsprobleme	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
2.2	Tuberkulose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2.4	Aanhoudende hoes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2.6	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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

3.1	Galstene	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.5	Gastriese ulkuse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.7	Mantelvliesbreuk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>		
3.2	Pankreatitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.6	Herhalende slegte spysvertering	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3.8	Rektale bloeding	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
3.3	Hepatitis A/Akute hepatitis/Geelsug	<input type="text"/>										3.9	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
3.4	History of hepatitis B of C/Chroniese hepatitis/Siektes van die lewer	<input type="text"/>															

#### 4. Aandoenings van die niere, blaas of voortplantingsorgane

4.1	Proteïen in urien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.3	Nierstene	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.5	Prostaatprobleme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
4.2	Bloed in urien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.4	Blaasinfeksie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.6	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

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

5.1	Kalmeermiddels	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.5	Kalmeermiddels	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.7	Anaboliese steroïde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>		
5.2	Antidepressante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.6	Cannabis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.8	Kokaïen	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
5.3	Kroniese medikasie - spesifiseer (behalwe vir bestaande kondisies/toestande)	<input type="text"/>										5.9	Ander	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
5.4	Homeopatiese medisyne	<input type="text"/>															

## 2: Onderskrywing (vervolg)

**6. Toestande van die sentrale senuweestelsel of geestestoestand** Ja  Nee

6.1  6.5  6.7

6.2  6.6  6.8

6.3

6.4

**7. Aandoenings van die oog, oor, neus of keel** Ja  Nee

7.1

7.2  7.4  7.5

7.3

**8. Probleme met u ruggraat, gewigte, bene, spiere, ledemate of vel** Ja  Nee

8.1  8.5  8.9

8.2  8.6  8.10

8.3  8.7  8.11

8.4  8.8

**9. Klier-, bloed- of hormonale afwyking** Ja  Nee

9.1  9.3  9.5

9.2  9.4  9.6

**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  12.4  12.5

12.2  12.6

12.3

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

13.1  13.2

**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  15.6  15.7

15.2  15.8

15.3  15.9

15.4

15.5

**16. Beplan u enige toekomstige chirurgie of gaan u enige mediese advies inwin binne die volgende agt weke? (Buiten mediese ondersoek wat mag voortspruit 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	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	J	J	J	J	Ja	Nee
			Ja	Nee	M	M	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/toestand hieronder aan:

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

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"/>

20.3 Het u ooit mediese advies ontvang of deelgeneem 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  Valskermspring  Mynbou  Beroep  Ander

Heg relevante vraelys 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 gesondheidstoestand 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 gesondheidsbeladings 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 goeie dink 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 gesondheid, 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/lewens/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 bepaling 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
---	---	---	---	---	---	---	---