



Eis vir Ongeskiktheid vir professionele sportmanne en vroue

Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Lewende-voordeel Eise**

Posadres Posbus 1, Sanlamhof 7532
e-pos livingbenefits@sanlam.co.za

Telefoonnommer (021) 916-3455
Faksnommer (021) 947-5804

Belangrik:

- 'n Volledig voltooide eisvorm is noodsaaklik om enige vertragings in die assesseringsproses te voorkom. Oorweging van 'n eis kan slegs geskied indien alle vereiste dokumente en alle aanvullende verklarings (soos hieronder aangedui) volledig ingevul en in Sanlam Lewensversekering Bpk ("Sanlam Lewens") se besit is.
- Dit is ook belangrik dat u moet verstaan wat die impak van die betaling of nie-betaling van hierdie eis op u finansiële posisie is. Ons beveel daarom ten sterkste aan dat u nou reeds u finansiële adviseur nader om u hiermee behulpsaam te wees.
- Hierdie vorm en die toepaslike dokumente kan aan ons gestuur word per pos, e-pos of faks. Indien die leesbare afskrifte per faks of e-pos aan ons voorsien word, is die oorspronklike dokumente onnodig.

Die volgende toepaslike dokumente moet hierdie eis vergesel:

- Die *Verklaring van werkgewer*-vorm (unie /liga).
- Indien selfbesoldigend of indien u 'n eis vir die *Bedryfsinkomstebeskermer*voordeel wil indien, moet u asseblief ook die *Bedryfskostevraelys*-vorm voltooi.
- Vir selfbesoldigend benodig ons ook die bewys van die bestaan van u besigheid, bv. geouditeerde finansiële state of belastingaanslae en opgawes, kwitansies of beëdigde verklarings van persone met wie besigheid gedoen is.
- 'n Afskrif van u identiteitsdokument.
- Afskrifte van mediese sertifikate wat u siekteverloftydperk aandui sowel as mediese verslae waarmee u medies ontslaan is.
- Verslag deur u behandelende spesialis (aangeheg)
- Die *SAPD-verslag* en/of die *Besering aan diensverslag* indien die eis as gevolg van 'n ongeluk is, asook die uitslag van die ondersoek as dit reeds afgehandel is.

Belangrik: U kan slegs eis vir die siektetoestande soos in u kontrak gelys.

Besonderhede van versekerde lewe

Plannommer(s) _____

Van _____

Volle voorname _____

Geboortedatum ____/____/____ (dd/mm/eejj)

Identiteitsnommer _____ (Verpligtend) Land van uitreiking _____

Paspoortnommer _____ Vervaldatum ____/____/____ (dd/mm/eejj)

Titel: Mnr. Mev. Mej. Me. Ds. Dr. Prof. Adv. Regter

Geslag Manlik Vroulik

Posadres _____ Poskode _____

Woon adres _____ Poskode _____

Kontaknommers: Telefoon (huis) (____) Faks (huis) (____)

Telefoon (werk) (____) Faks (werk) (____)

Selfoon _____

E-posadres _____

Huwelikstaat: Enkel Getroud Geskei Woon saam Weduwee/Wewenaar

Ras: Blank Asiër Kleurling Swart Onbekend (Vir statistiekdoeleindes)

Inkomstekantoor _____

Inkomstebelastingnommer _____

Plannommer(s) _____

Aard van ongeskiktheid (Funksionele inkorting)

- Watter siekte, besering of afwyking gee aanleiding tot hierdie eis?

- Op watter datum het u vir die eerste keer 'n geneesheer hieroor geraadpleeg? _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)
- Verskaf die voorletters, van, adres en telefoonnommer van hierdie geestesheer.

- Indien verskil, meld asseblief voorletters, van, adres en telefoonnommer van die spandokter.

- Eerste konsultasie datum _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

- Beskryf die simptome wat u ondervind, en noem sedert watter datum:

- Gee 'n kort beskrywing van hoe die simptome, wat u hierbo genoem het, u vermoë beperk om te werk:

- Hoe bring u u dae deur?

- Beskryf in watter opsig u enigsins belemmer is in die behartiging van u persoonlike belange (finansiële, besluitneming, besigheidsbelange) of in die alledaagse persoonlike versorging (bv. Bad, stort, eet, verkleed, ens.):

Mediese geskiedenis

- Verskaf die voorletters, van, adres en kontaknummers van u:

- Spandokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

Eerste datum van behandeling deur die spandokter: _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

- Huidige huisdokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

Sedert watter datum is u by u huidige huisdokter? _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

- Vorige huisdokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

- Verskaf die volgende inligting met betrekking tot alle ander dokters/spesialiste wat u in verband met die eisoorsaak gespreek het of waar u behandeling ontvang het:

Besonderhede van hospitalisasie vir behandeling of ondersoek

Naam van hospitaal	Rede vir hospitalisering	Pasiëntnommer	Toelating (dd/mm/eejj)	Ontslag (dd/mm/eejj)
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

Plannommer(s) _____

Mediese geskiedenis (vervolg)**Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies/Sportinstituut**

Voorletters en van	Tipe spesialis	Adres	Telefoonnommer	Eerste konsultasie (dd/mm/eejj)
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /

Publieke gesondheidsorg

Naam van hospitaal	Naam van spesialis	Pasiëntnommer	Telefoonnommer	Eerste konsultasie (dd/mm/eejj)
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /

• Mediese fonds besonderhede

• Naam van die fonds _____

• Lidmaatskapnommer _____

Besonderhede van besering

• Datum van besering ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

• Waar het die besering plaasgevind? _____

• Gee 'n kort beskrywing van hoe die besering gebeur het:

• Indien 'n ondersoek na die oorsaak van die besering ingestel is, uitslag van die ondersoek :

• Het u enige liggaamlike verlies gely? Ja Nee

Indien "Ja", spesifiseer watter verlies u gely het.

Indien die verlies nie op die datum van die besering plaasgevind het nie:

Datum van verlies ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Beroepsgeskiedenis

- Wat was die laaste datum waarop u nog aktief in staat was om u werk te verrig. _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)
(Nie noodwendig die datum van uitdienstreding nie)
- Datum van ontslag _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

Rugby:

Was u gekontrakteer met 'n unie geaffilieer met SARU ten tye van u besering/siekte? Ja Nee

Was u gekontrakteer met 'n oorsese rugbyklub geaffilieer met SARPA ten tye van u besering/siekte? Ja Nee

Sokker:

Is u 'n formeel gekontrakteerde sokkerspeler met:

- 'n Plaaslike klub in een van die top twee sokkerligas van Suid-Afrika? Ja Nee
- 'n Oorsese klub in een van die top twee sokkerligas van die betrokke land? Ja Nee
- Het u ten tye van die besering/siekte gespeel in 'n klub wat in een van die top twee sokkerligas was? Ja Nee
- Indien nie, bevestig asseblief vir watter klub u gespeel het? _____

Indien u tans enige werk doen waaruit u 'n inkomste verdien, meld asseblief die tipe werk asook die inkomste verdien:

Verskaf die betrokke werkgewer se naam en adres, asook die telefoonnommer.

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

Indien u tans nie werk nie, is u van voornemens om dit in die toekoms wel te doen: Ja Nee

- Indien "Ja", watter tipe beroep het u in gedagte en van wanneer af, verskaf die datum (dd/mm/eejj).

- Indien "Nee", wat in u opinie, verhoed u om voltyds / deelyds 'n beroep te beoefen?

Inkomste besonderhede

Datum van ontslag _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

Verskaf die volgende besonderhede indien u as gevolg van of tydens u besering enige voordeel, salaris, pensioen of vergoeding van watter aard ook al ontvang, of geregtig is om te ontvang (dit sluit in ontvangste van enige werkgewer, vennoot, versekeringsmaatskappy, 'n pensioen- of uitredingannuïteitsfonds, enige staatsfonds of van enige ander bron – ongeag of 'n eis reeds ingedien is):

Bron van die voordeel	Bedrag (R)	Van (dd/mm/eejj)	Tot (dd/mm/eejj)
Basiese salaris per maand		/ /	/ /
Gemiddelde wedstrydfoeie per maand		/ /	/ /
Gemiddelde borgskappe per maand		/ /	/ /

Gemiddeld oor die laaste 12 maande of tydperk wat gespeel is indien minder as 12 maande.

Wat was u bruto maandelikse inkomste gedurende die laaste 12 maande voor die begin van u besering? (Dui asseblief oortyd betaling apart aan.)

Bruto R _____ Oortyd R _____

Plannommer(s) _____

Betalings

Neem kennis dat u betalings moet voortgaan totdat 'n eis, indien enige, erken is.

Bankbesonderhede

Verskaf asseblief 'n afskrif van u bankstaat (wat nie ouer as 3 maande is nie) op 'n briefhoof van die bank, wat die rekeningnommer en die rekeninghouer se naam bevat.

Voltooi asseblief **EEN** van die onderstaande 3 opsies**1. Besonderhede van rekeninghouer / planhouer****A. Natuurlike persoon / regsenteit**

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsenteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fondsNie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreeerde adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnommer _____ Takkode _____

Tipe rekening Lopend Spaar Transmissie Ander (spesifiseer) _____

Hiermee verklaar ek, die ondergetekende, dat indien bogenoemde inligting nie korrek is nie, Sanlam Lewens nie aanspreeklik gehou kan word vir enige verlies wat mag voortspruit uit die gebruik van hierdie inligting nie.

Handtekening van rekeninghouer _____ Datum (dd/mm/eejj) _____

Plannommer(s) _____

2. Betaling aan sessionaris**Belangrik:**

Indien enige van u planne waarkragtens 'n eis toegestaan is, aan ander instansies of persone gesedeer is, sal die betaling direk aan die betrokke sessionaris gemaak word. Die volgende gedeelte moet deur die sessionaris voltooi word.

A. Natuurlike persoon / regsenteit

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsenteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fonds
Nie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreeerde adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnummer _____ Takkode _____

Tipe rekening Lopend Spaar Transmissie Ander (spesifiseer) _____

Hiermee verklaar ek, die ondergetekende, dat indien bogenoemde inligting nie korrek is nie, Sanlam Lewens nie aanspreeklik gehou kan word vir enige verlies wat mag voortspruit uit die gebruik van hierdie inligting nie.

Of

Plannommer(s) _____

Betaling aan sessionaris (vervolg)

Hiermee gee ek toestemming dat die sessie gekanselleer word.

Naam van kontakpersoon: _____ Kontaknommer (____)

Handtekening van sessionaris _____ Amptelike stempel van die instansie _____
Datum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)**3. Volmag en/of betaling aan derde party**

Indien die planhouer sou verkies dat die eis/betaling deur 'n ander persoon/instansie hanteer/ontvang moet word, kan die onderstaande gedeelte voltooi word.

Ek, _____ (volle voorname en van van planhouer),

magtig hiermee dat die persoon wat hieronder aangedui is, die eis namens my mag hanteer/die betaling namens my mag ontvang, en ek vrywaar Sanlam Lewens teen enige en alle eise ten opsigte van, en in verband met, die betaling deur Sanlam van die betrokke bedrag(bedrae) aan hierdie derde party. (Skrap die bewoording wat nie van toepassing is nie.)

Voorletters en van van die persoon wat die eis namens my mag hanteer: _____

Adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Voorletters en van van die persoon wat die betaling namens my mag ontvang: _____

A. Natuurlike persoon / regsenteit

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam van regsenteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

Poskode/ Zipcode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fondsNie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Plannommer(s) _____

Die Behandelende Spesialis

Belangrik

Hierdie verslag moet deur 'n Behandelende Spesialis opgestel word en nie deur 'n algemene praktisyn nie.

Voordat u die ondersoek doen, moet u die identiteit van die kliënt met behulp van 'n fotografiese identiteitsbewys vasstel. Dui asseblief aan op u ondersoekbevindings watter soort identiteitsbewys aangebied is.

Bogenoemde versekerde het ons versoek om te oorweeg of hy/sy vir 'n ongeskiktheidseis sal kwalifiseer.

Wanneer 'n ongeskiktheidseis evalueer word, moet ons onderskei tussen die twee hoofbeginsels van funksionele inkorting en ongeskiktheid. Die evaluering van funksionele inkorting behels uit 'n praktiese oogpunt dat 'n diagnose gemaak en daarna op mediese grond bepaal word watter funksie die persoon nog kan verrig en watter nie. Aan die ander kant is ongeskiktheid 'n regsproses waar die omvang van die persoon se funksionele inkorting beoordeel word aan die hand van sy posbeskrywing, die bewoording in die plan en persoonlike faktore soos opleiding, ondervinding, ensovoorts.

Om ons te help om 'n regverdigte besluit te neem, moet ons voorsien word van 'n verslag betreffende die funksionele inkorting van hierdie persoon. Die besluit oor ongeskiktheid sal deur Sanlam Lewensversekering Bpk ("Sanlam Lewens") geneem word.

Vul asseblief die verslag in in ooreenstemming met die riglyne soos uiteengesit in die *Riglyne mediese verslag oor funksionele inkorting* hieronder, nadat die persoon ondersoek is.

Die versekerde is verantwoordelik vir die koste verbonde aan hierdie konsultasie en mediese verslag.

Riglyne vir mediese verslag oor Funksionele inkorting

Gebruik die volgende asseblief slegs as riglyne om u verslag op te stel.

- Diagnose (DSM IV vir psigiatriese toestande)
- Datum van die aanvang en verloop van die siekte
- Erns: aanleidende faktore, sekondêre voordeel
- Huidige kliniese bevindinge Beskryf in detail
- Behandeling:
 - behandelingsmodaliteite
 - tydsduur van behandeling
 - rehabilitasie
 - tipes medikasie en dosering
 - terapeutiese prosedures
 - hospitalisasie
- Reaksie op behandeling
- Komplikasies wat permanent is
- Spesiale ondersoeke
- Prognose met optimale behandeling
- Invloed op lewenstyl, aktiwiteite van daaglikse lewe en werksaktiwiteite

Spesiale vereistes:

- Kardiovaskulêr NYHA-klassifikasie, oefeningskapasiteit, inspannings-EKG, uitwerpfraksie
- Respiratories dispnee-gradering (ATS), oefeningskapasiteit (mets of VO2 maks.), vitalogram voor en na inhalasie (3 pogings), borskas X-strale, enkelinasemingsdiffusietoets (DCO) in gevalle van interstisiële longsiekte)
- Ortopedies X-strale met stres-opnames, MRI- of CAT-skanderings, ander (bv. senuweegeleidingstoetse)
- Psigiatryes Sosiale funksionering, konsentrasie, psigometriese toetse in gevalle van kognitiewe inkorting