



Eis vir Ongeskiktheid / Inkomstebeskermer / Bedryfskostebeskermer

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:

- Ons kliënte-ervaring het bewys dat eise in die algemeen doeltreffender gehanteer word wanneer kliënte van hul finansiële adviseur gebruik maak. Dit help ook met die finansiële beplanning wat nou uiters belangrik is, omdat u omstandighede waarskynlik verander het. Raadpleeg dus asseblief u finansiële adviseur. Sy of haar besonderhede word in u poliskontrak en/of jaarlikse verslae aangedui. Hierdie vorm en die relevante 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:

- Afskrifte van alle mediese verslae/sertifikate wat u siekteverlof periode aandui, sowel as 'n redelik opdatum, nie ouer as 6 maande, verslag vanaf die spesialis wat u behandel (riglyn aangeheg)
- Die *Verklaring van werkgewer*-vorm (indien u nie selfbesoldigend is nie).
- Die aangehegte *Verklaring deur behandelende dokter of spesialis is slegs vir gebruik by 'n ongeskiktheidseis*.
- *Gebruik asseblief die Verklaring deur behandelende dokter-vorm (CPC003, beskikbaar op die Sanlam webwerf) vir 'n Inkomstebeskermer/Bedryfskostebeskermer eis*.
- 'n Afskrif van die hospitaalrekening, indien u gehospitaliseer was.
- Indien selfbesoldigend of indien u 'n eis vir die Bedryfsinkomstebeskermervoordeel wil indien, moet u asseblief ook die *Bedryfskostevraelys*-vorm voltooi. Beschikbaar op versoek.
- 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.
- 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.

Indien eis buite Suid-Afrika ontstaan het, moet mediese verslae in Engels voorsien word.

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 _____

Residensiële 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 dokter.

- 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? _____

Mediese geskiedenis

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

Huidige huisdokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

Vorige huisdokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

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

- Mediese fonds besonderhede

- Naam van die fonds _____

- Lidmaatskapnommer _____

- 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/kliniek	Rede vir hospitalisering	Pasiëntnommer	Toelating (dd/mm/eejj)	Ontslag (dd/mm/eejj)
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies

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

Plannommer _____

Ander inligting

- Voorsien ons asseblief van die volgende inligting indien die siekte/besering buite Suid-Afrika ontstaan het:

Land besoek _____

Rede vir die besoek _____

Datum van aankoms ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj) Datum van vertrek ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Besonderhede van ongeluk

- Datum van ongeluk ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
- Plek van ongeluk _____
- Die ongeskiktheid is veroorsaak deur: Ongeluk met voertuig Ongeluk by die huis Ongeluk by die werk
 Skiet voorval Ander (spesifiseer) _____
- Gee 'n kort beskrywing van hoe die ongeluk gebeur en die verlies wat voorgekom het:

- Indien 'n ondersoek na die oorsaak van die ongeluk ingestel is, verskaf die volgende:

Naam van polisiestasie _____

Saaknommer _____

Ondersoekbeampte se voorletters en van _____

Kontaknommer Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____

Beroepsgeskiedenis

- Verskaf 'n volledige uiteensetting van u loopbaan insluitende u huidige of laaste beroep. Die presiese datums (ten minste maand en jaar) van indienstreding en uitrede van diens, word verlang.

Naam van werkgewer	Adres	Telefoonnommer	Indienstreding (dd/mm/eejj)	Uitrede (dd/mm/eejj)	Aard van werk
		()	/ /	/ /	
		()	/ /	/ /	
		()	/ /	/ /	
		()	/ /	/ /	

- 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 amptelike ontslag ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
- Beskryf die mees belangrikste funksies van die beroep(e) waaruit u 'n inkomste onmiddellik voor u ongeskiktheid ontvang het.

- Dui die persentasie tyd wat u bestee aan die onderstaande aksies sowel as die aard daarvan.

Administrasie _____ % _____

Hande-/Fisiese-arbeid _____ % _____

Toesighouding _____ % _____

Reis per motor/trok, ens. _____ % _____

Loop- en staanwerk _____ % _____

TOTAAL 100 % *Nota: die persentasies moet optel na 100%.*

Plannommer(s) _____

Beroepsgeskiedenis (vervolg)

- Wat is u hoogste opvoedkundige kwalifikasie? (bv. St. 10/Gr.12 of B.Com) _____
- By watter skool of instansie is die kwalifikasie behaal? _____
- Enige ander kwalifikasies verwerf? _____
- Enige vaardighede en/of kursusse wat indiens aangeleer of geslaag is? _____
- Enige vakgebied/sake kwalifikasies? _____
- Indien u tans enige werk doen waaruit u 'n inkomste verdien, meld asseblief:
Tipe werk _____ Inkomste _____
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).

Inkomste besonderhede

- Wat was u bruto inkomste per maand in die laaste 12 maande voor ongeskiktheid? (Dui asseblief enige oortyd betaling apart aan)
Bruto R _____ Oortyd R _____
- Verskaf die volgende besonderhede indien u as gevolg van of tydens u ongeskiktheid 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 uittredeannuïteitsfonds, enige staatsfonds of van enige ander bron – ongeag of 'n eis reeds ingedien is):

Bron van die voordeel / Maatskappynaam	Bedrag (R)	Frekwensie van betaling	Aanvangsdatum (dd/mm/eejj)	Stakingsdatum (dd/mm/eejj)
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

- Wat was u bronne van inkomste onmiddellik voor ongeskiktheid? Merk die toepaslike blokke en meld die maandelikse inkomste bedrae.

Salaris van werkgewer R _____ Selfbesoldigend R _____
 Huurinkomste R _____ Pensioen R _____
 Beleggingsinkomste R _____ Ander R _____

Spesifiseer ander: _____

Plannommer(s) _____

Inkomste besonderhede (vervolg)**Selfbesoldigend:**

Vul die volgende gedeelte slegs in indien u selfbesoldigend was. Voorsien ons asseblief van 'n bewys van die bestaan van u besigheid.

- Wat was u bedryfsuitgawes vir die laaste 12 maande voor ongeskiktheid?

- Wat word nou van u onderneming na u ongeskiktheid?

- Indien u onderneming voortgaan, wat is u aandeel daarin? (bv. Betrokkenheid en winsdeling.)

- Watter funksies het u in die onderneming verrig voor u ongeskiktheid?

- Watter funksies verrig u steeds na u ongeskiktheid in die onderneming?

- Moes u mense aanstel om met u onderneming te kan voortgaan Ja Nee
- Indien "Ja", teen watter koste is dit gedoen en in watter hoedanigheid? (Heg asseblief bewysstukke aan, bv. Salarisstaat)

Betalings

Neem kennis dat u premiebetaling 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

(Volgens die Wet op Pensioenfondse Artikel 37A mag die voordeel waarop 'n lid geregtig is, slegs aan daardie lid uitbetaal word, dus is slegs opsie 1 van toepassing vir eise op alle Annuiteits/Bewaringsfonds polisse).

1. Besonderhede van rekeninghouer / planhouer**A. Natuurlike persoon / regsentiteit**

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsentiteit _____

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)

Plannommer(s) _____

Besonderhede van rekeninghouer/planhouer (vervolg)Residensiële adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

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

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreerde 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 asb.) _____

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) _____

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/Geregistreerde 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)

Plannommer(s) _____

Betaling aan sessionaris (vervolg)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 _____

Geregistreerde 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 asb.*) _____

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

Hiermee gee ek toestemming dat die sessie gekanselleer word.

Naam van kontakpersoon: _____ Kontaknummer () _____

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 voornam 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: _____

Plannommer(s) _____

Volmag en/of betaling aan derde party (vervolg)**A. Natuurlike persoon / regsentiteit**

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsentiteit _____

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 regsentiteit _____

Tipe regsentiteit:

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 _____

Oorsprong van fondse _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____

Naam van tak _____

Rekeningnummer _____

Takkode _____

Tipe rekening: Lopend Spaar Transmissie Ander (spesifiseer asb.) _____

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 voortspuit uit die gebruik van hierdie inligting nie.

Handtekening van planhouer _____

Datum (dd/mm/eejj) _____

Plannommer(s) _____

Verklaring

Ek verklaar dat die besonderhede hierin vervat korrek is. Ek verleen voorts onherroeplik aan enige persoon of instansie, mediese praktisyn, mediese spesialis, hospitaal, verpleeginrigting of mediese outoriteit toestemming om Sanlam Lewens te voorsien van enige inligting wat in verband met my gesondheidstoestand verlang mag word.

Verder magtig ek Sanlam Lewens onherroeplik om daardie inligting, en enige inligting in hierdie aansoek of enige verwante plan of ander dokument vervat, met ander versekeraars, of enige ander belanghebbendes, te deel vir die doeleindes van assessering, ondersoek, verwerking, of om enige ander rede, insluitende die voorkoming van bedrieglike eise hetsy regstreeks deur 'n databasis wat deur of vir versekeraars as 'n groep bedryf word, te eniger tyd (selfs na my dood) en in sodanige gedetailleerde, verkorte of gekodifiseerde vorm waarop Sanlam Lewens of die operateurs van die databasis van tyd tot tyd besluit.

Handtekening van versekerde/eiser _____

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

Die Behandelende Spesialis (slegs vir 'n ongeskiktheidseis)

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 (slegs vir 'n ongeskiktheidseis)

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