



Eis vir Die Een Mediese Plan/ Hospitaalpolis

Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Een Mediese Plan**

Posadres Posbus 1, Sanlamhof 7532 Telefoonnommer (021) 916-3457
e-pos onemedicalplan@sanlam.co.za Faksnommer (021) 947-6035

Vir Namibiese polisse verwys na: claims.affluentsupport@sanlam.com.na of kontak ons Sanlam Namibia-kantoor by +264 61 294 7440.

Plannommer(s) _____

Belangrik:

- Hierdie vorm moet deur die hoofversekerde of sy/haar gemagtigde onderteken word en aan Sanlam Lewensversekering Bpk. ("Sanlam Lewens") gepos of gefaks word.
- Die eisvorm moet volledig ingevul wees met die dokter se besonderhede, adresse, telefoonnommers en faksnommer.
- Die operasieverslag moet volledig deur 'n chirurg ingevul word.
- Indien u vir noodvervoer eis, moet 'n noodvervoerrekening voorsien word.
- Waar meer as een lid van 'n gesin gelyktydig eis, moet 'n aparte eisvorm ten opsigte van elkeen ingedien word.
- 'n Afskrif van die hospitaal, chirurg en narkotiseur se rekeninge wat verband hou met die eis, moet hierby aangeheg word.
- Kragtens die polisbepalings moet 'n eis ingedien word binne drie maande na ontslag uit die hospitaal.

Besonderhede van hoofversekerde

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

Voorletters en van _____

Posadres _____ Poskode _____

Kontaknommers: Telefoon (huis) () _____ Faks (huis) () _____
Telefoon (werk) () _____ Faks (werk) () _____
Selfoon _____

e-posadres _____

Besonderhede van pasiënt (versekerde vir wie geëis word)

Van _____

Volle voorname _____

Geboortedatum _____ (dd/mm/eejj)

Verwantskap van hoofversekerde (bv self/gade/kind) _____

Besonderhede ten opsigte van Vigs

- Is die pasiënt voorheen of nou vir HIV-infeksie/Vigs getoets? Ja Nee

Indien wel, verstrek asseblief die volgende besonderhede:

Naam van geneesheer	Adres	Uitslag	Datum (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Aard van eis en besonderhede van konsultasies ondergaan deur die pasiënt

- Verskaf die voorletters, van, adres en kontaknommers van u:
 - Huidige huisdokter _____
 Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____
- Sedert watter datum is u by u huidige huisdokter? _____ (dd/mm/eejj)
 - Vorige huisdokter _____
 Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____
- Sedert watter datum is u by u vorige huisdokter? _____ (dd/mm/eejj)
- Watter siekte, besering of afwyking gee aanleiding tot die eis?

- Op watter datum het die pasiënt vir die eerste keer bewus geword van die toestand? _____ (dd/mm/eejj)
- Op watter datum het die pasiënt vir die eerste keer 'n geneesheer in verband daarmee geraadpleeg? _____ (dd/mm/eejj)
- Verskaf die voorletters, van, adres en kontaknommers van u dié geneesheer.

 Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____
- Verskaf die volgende inligting met betrekking tot alle ander dokters/spesialiste wat u in verband met die eisoorsaak gespreek het:

Voorletters en van	Adres	Telefoonnommer	Faksnommer	Konsultasie (dd/mm/eejj)
		()	()	
		()	()	
		()	()	
		()	()	

Besonderhede van hospitalisasie

Tydperk van hospitalisasie (voltooi asseblief die volgende tabel volledig)

Naam van hospitaal	Pasiëntnommer	Opname datum (dd/mm/eejj)	Ontslag datum (dd/mm/eejj)	Tydperk

- Het die pasiënt al voorheen vir die toestand geëis? Ja Nee Indien wel, wanneer? _____

Plannommer(s) _____

Besonderhede van hospitalisasie (vervolg)

- Was die pasiënt gedurende die periode van hospitalisasie in 'n:

- Intensiewesorgeenheid? Ja Nee
- Hoërsorgeenheid? Ja Nee

Belangrik

Indien die antwoord op enige van die vrae "Ja" is, benodig ons die gespesifiseerde rekening van die hospitaal.

Indien wel, meld tydperk(e) in sorgeenheid:

Tipe sorgeenheid (bv. Intensiewe sorg of Hoë sorg)	Opname datum (dd/mm/eejj)	Ontslag datum (dd/mm/eejj)	Tydperk

- Het die pasiënt radioterapie of chemoterapie vir 'n kwaadaardige toestand ontvang? Ja Nee

Indien wel, moet die aangehegte bylae vir **Die Een Mediese Plan: Radioterapie**, of die bylae vir **Die Een Mediese Plan: Chemoterapie** ingevul word deur die behandelde onkoloog.

Motorongeluk

- Was die pasiënt se hospitalisasie as gevolg van 'n motorongeluk? Ja Nee

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

Datum van ongeluk _____ (dd/mm/eejj)

Plek van ongeluk _____

Naam van polisiestasie waar ongeluk aangemeld is _____

SAPD/Namibia verwysingsnommer _____

Belangrik:

Indien die pasiënt by die vrae oor hospitalisasie in 'n hoë- of intensiewesorgeenheid en/of radioterapie of chemoterapie, of as gevolg van hospitalisasie as gevolg van 'n motorongeluk, "Nee", geantwoord het, en vir minder as 4 dae gehospitaliseer is, kwalifiseer hy/sy nie vir 'n eis ten opsigte van die Daaglikse Hospitaalvoordeel(DHV) nie.

Operasies/Ander mediese prosedures

- Het die pasiënt 'n operasie/ander mediese prosedure ondergaan? Ja Nee
- Indien wel, meld asseblief volledig die aard van die operasie/mediese prosedure:

Naam van hospitaal	Operasie/mediese prosedure	Opname datum (dd/mm/eejj)	Ontslag datum (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Operasies/Ander mediese prosedures (vervolg)

- Wanneer het die pasiënt 'n mediese dokter die eerste keer rakende bogenoemde _____ (dd/mm/eejj) probleem geraadpleeg?

- Is u polis Die Een Mediese Plan-polis van Sanlam Lewens? Ja Nee

Indien "Ja", moet die bylae **Die Een Mediese Plan: Operasieverslag** asseblief deur die dokter wat die operasie of prosedure uitgevoer het, ingevul word.

Sportbeserings

- Was/Is die pasiënt se mediese noodtoestand of besering die gevolg van deelname aan sportaktiwiteite? Ja Nee

Indien "Ja", meld asseblief die volgende ten opsigte van die besering

Tipe sport wat beoefen is

Omvang en aard van mediese noodtoestand of sportbesering

Datum van mediese noodtoestand of sportbesering _____ (dd/mm/eejj)

- Indien die pasiënt 'n operasie of ander mediese prosedure as gevolg van die noodtoestand of sportbesering ondergaan het, meld asseblief die volgende:

Datum van operasie _____ (dd/mm/eejj) Mediese prosedure _____

Noodvervoer

- Het die pasiënt van noodvervoer gebruik gemaak? Ja Nee

Indien wel, meld asseblief die volgende:

Datum(s) van noodvervoer (dd/mm/eejj) _____

- Watter tipe noodvervoer is gebruik?

- Wat is die geneesheer wat die noodvervoer aanbeveel het se voorletters, van, adres, telefoonnommer en faksnommer?

Korrespondensie en uitbetalingsbesonderhede

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 2 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 _____

Plannommer(s) _____

Besonderhede van rekeninghouer/planhouer (vervolg)

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- /Besigheidsadres _____

Poskode/Zipkode _____

Handelsnaam van regsentiteit _____

Tipe regsentiteit:

Genoteerde Maatskappy Trustfonds Maatskappy Fonds Ander Korporatiewe Reëling Mediese Skemas Afreefondbonds Klub Staatsbeheerde Entiteit Ongenoteerde Maatskappy Vakbond Liefdadigheidsorganisasie Nie-winsgewende Organisasie Nie-groeiende Organisasie Skole Kerke

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) _____

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. 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: _____

Plannommer(s) _____

Volmag en/of betaling aan derde party (vervolg)

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- /Besigheidsadres _____

Poskode/Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Maatskappy Trustfonds Maatskappy Fonds Ander Korporatiewe Reëling Mediese Skemas

Afreefonds Klub Staatsbeheerde Entiteit Ongenoteerde Maatskappy Vakbond Liefdadigheidsorganisasie

Nie-winsgewende Organisasie Nie-groeiende Organisasie Skole Kerke

Registrasienommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreeerde adres _____

Poskode/Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

Oorsprong van fondse _____

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 planhouer _____ Datum _____ (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Verklaring deur die hoofversekerde/gemagtigde

- Ek verklaar dat die besonderhede van hierdie eis en die stawende rekeninge korrek is.
- Ek verleen voorts onherroeplik aan enige mediese praktisyn, mediese spesialis, hospitaal, verpleeginrigting of mediese outoriteit toestemming om enige inligting wat deur Sanlam Lewensversekering Bpk. ("Sanlam Lewens") in verband met die gesondheidstoestand van die pasiënt verlang word, aan Sanlam Lewens te verskaf. Ek waarborg dat ek gemagtig is om hierdie toestemming namens die pasiënt te verleen.
- Verder magtig ek Sanlam Lewens onherroeplik om daardie inligting, en enige inligting in hierdie aansoek of in enige verwante polis of ander dokument vervat, met ander versekeraars te deel, hetsy regstreeks, hetsy deur 'n databasis wat deur of vir versekeraars as 'n groep bedryf word, te eniger tyd (self ná my dood) en in sodanige gedetailleerde, verkort of gekodifiseerde vorm waarop Sanlam Lewens of die operateurs van die databasis van tyd tot tyd besluit.

Hoofversekerde/gemagtigde se voorletters en van _____

Handtekening van hoofversekerde/gemagtigde _____

Datum _____ (dd/mm/eejj)

Plek _____

Die Een Mediese Plan: Radioterapie

Belangrik

Moet deur die behandelende onkoloog ingevul word
Die versekerde sal self verantwoordelik wees vir die betaling van die rekening

Plannommer _____
 Pasiënt se voorletters en van _____
 Geboortedatum (dd/mm/eejj) _____
 Dokter se voorletters en van _____
 Dokter se telefoonnummer _____
 Diagnose _____

Is die pasiënt as binne- of buite-pasiënt behandel?

Indien binne-pasiënt, voorsien ons asseblief van die volgende inligting:

Opnamedatum(s) (dd/mm/eejj) _____

Ontslagdatum(s) (dd/mm/eejj) _____

Spesifieke datums waarop behandeling ontvang is:

	Aard van konsultasie (bv. beplanning, simulاسie of bestraling)	Aard van terapie (bv. fotone, elektrone, isotope, protone of radio- aktiewe inplantering)	Datum (dd/mm/eejj)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Handtekening van onkoloog _____ Kwalifikasies _____

Datum _____ (dd/mm/eejj) Plek _____

Die Een Mediese Plan: Chemoterapie

Belangrik

Moet deur die behandelende onkoloog ingevul word
Die versekerde sal self verantwoordelik wees vir die betaling van die rekening

Plannommer _____
 Pasiënt se voorletters en van _____
 Geboortedatum (dd/mm/eejj) _____
 Dokter se voorletters en van _____
 Dokter se telefoonnommer _____
 Diagnose _____

Is die pasiënt as binne- of buite-pasiënt behandel?

Indien binne-pasiënt, voorsien ons asseblief van die volgende inligting:

Opnamedatum(s) (dd/mm/eejj) _____

Ontslagdatum(s) (dd/mm/eejj) _____

Spesifieke datums waarop behandeling ontvang is:

	Naam van medikasie	Wyse van toediening (bv. binne-aars, binnespiers, subkutaan of mondeling)	Datum (dd/mm/eejj)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Handtekening van onkoloog _____ Kwalifikasies _____

Datum _____ (dd/mm/eejj) Plek _____

Die Een Mediese Plan: Operasieverslag

Belangrik

(Moet voltooi word deur die behandelende chirurg.)

Die versekerde sal self verantwoordelik wees vir die betaling van die rekening.

Indien 'n volledige operasieverslag nie beskikbaar is nie, is die invul van hierdie bylae noodsaaklik.

Plannommer _____

Pasiënt se voorletters en van _____

Geboortedatum (dd/mm/eejj) _____

Chirurg se voorletters en van _____

Praktyknommer _____

Operasiebesonderhede _____

Datum van operasie _____ (dd/mm/eejj)

Prosedure uitgevoer _____

Operasietyd _____

Pre-operatiewe diagnose _____

Datum van diagnose _____ (dd/mm/eejj)

Finale diagnose (indien verskil) _____

(Voorsien ons asseblief van 'n histologieverslag indien beskikbaar.)

Tariefkode van hoofprosedure uitgevoer (volgens MASA-leidraad vir gelde): _____

Beskrywing van addisionele prosedures uitgevoer (indien van toepassing):

Tariefkodes van addisionele prosedures uitgevoer (volgens MASA-leidraad vir gelde): _____

Indikasje(s) vir operasie

Kort beskrywing van operasie (hoofprosedure)

Handtekening van chirurg _____ Kwalifikasies _____

Datum _____ (dd/mm/eejj) Plek _____