



Eis vir Siektevoordeel

Kontakbesonderhede:

Telefoonnommer: (021) 916-3455
 Faks nommer: (021) 957-2288
 e-posadres: sickness@sanlam.co.za

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

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 volledig ingevul en in Sanlam Lewensversekering Bpk ("Sanlam Lewens") se besit is.
- Dit is ook belangrik dat u moet seker wees wat die impak van die betaling of nie-betaling van hierdie eis op u finansiële posisie is.
- Daarom beveel ons 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.
- Vir Hospitaalbeskermervoordeel-eise, sal ons nie meer as 182 dae erken in 'n tydperk van 365 dae nie. Toekomstige eise is moontlik in die volgende 365 dae tydperk soos kontraktueel bepaal word.

Die volgende verpligte dokumente moet hierdie eis vergesel:

- Die aangehegte **Verklaring deur behandelende dokter/tandarts vir 'n Siektevoordeeleis**-vorm (bladsye 8 & 9 van hierdie vorm).
- Duidelike afskrifte van siektesertifikaat/-sertifikate deur die behandelende dokter/tandarts voorsien. (Indien beskikbaar)
- Vir Hospitaalbeskermervoordeel-eise: 'n Afskrif van die hospitaalrekening met die opname- en ontslagdatums (indien u ten minste vir 4 opeenvolgende dae in die hospitaal opgeneem was).

Let wel: Indien eis buite Suid-Afrika ontstaan het, moet Engelse mediese verslae 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 _____

Woonadres _____ 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 die eis en besonderhede van die konsultasies

U huidige voltydse beroep _____

Is u selfbesoldigend? Ja Nee

Hoeveel ure van die dag spandeer u aan:

Administrasie Toesighouding Loop- en staanwerk Reis Fisiese arbeid

(die totaal moet optel na die hoeveelheid ure wat u in 'n dag werk)

Ongeskiktheid gedurende die periode _____ (dd/mm/eejj) tot _____ (dd/mm/eejj)

Het u 'n deeltydse beroep Ja Nee

Indien "Ja", wat is u deeltydse beroep? _____

Gee asseblief 'n volledige beskrywing van die pligte wat u nie kon nakom nie:

Is die eis as gevolg van: Siekte Besering (Merk asseblief die toepaslike opsie met 'n X.)

Omskryf die aard van die siekte of besering.

Gee die datum waarop die siekte begin het, of simptome ervaar is/die besering opgedoen is: _____ (dd/mm/eejj)

Is u gehospitaliseer? Ja Nee

Indien "Ja", verskaf asseblief die naam van die hospitaal _____

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

Mediese geskiedenis

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

• Huidige huisdokter _____

Telefoonnummer () _____ Faksnummer () _____

• Vorige huisdokter _____

Telefoonnummer () _____ Faksnummer () _____

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

• Meld die datum van die laaste konsultasie by u huidige huisdokter _____ (dd/mm/eejj)

Mediese skema besonderhede

Naam van Mediese skema _____

Mediese skema lidmaatskapnommer _____

Is u die hooflid van die mediese skema? Ja Nee

Indien "Nee", voorsien ons van die naam van die hooflid _____

Verklaring deur hooflid van die mediese skema

Ek verleen voorts onherroeplik aan die mediese skema toestemming om Sanlam Lewens te voorsien van enige inligting wat in verband met die mediese skema rekords verlang mag word.

Handtekening van hooflid van mediese skema _____ Datum _____ (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Besonderhede van behandelende dokter/tandarts (ook dokters buite Suid-Afrika)

Gee asseblief die besonderhede van die dokter(s) en/of tandarts(e) wat u behandel het, met betrekking tot hierdie eis/u huidige hoedanigheid.

Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies (ook dokters buite Suid-Afrika)

Praktisyn: Voorletters en van	Konsultasiedatum (dd/mm/eejj)	Telefoonnommer	Faksnommer	Mediese Raad Registrasienommer
		()	()	
		()	()	
		()	()	
		()	()	

Besonderhede van hospitalisasie vir behandeling of ondersoek

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

Verskaf die voorletters, van, en kontakbesonderhede van die dokter wat u verwys het na die spesialis:

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

Ander inligting

In watter land het die siekte/besering ontstaan? _____

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)

Is u swanger? Ja Nee Indien "Ja", meld asseblief die verwagte datum van u bevalling. _____

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 / 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- / Besigheidsadres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsentiteit _____

Tipe regsentiteit:

Beheerliggaam Liefdadigheidsorganisasie Kerk/Godsdienstige organisasie Beslote Korporasie

Klub Bestorwe Boedel Buitelandse Regering Buitelandse Genoteerde Maatskappy Buitelandse Staatsbeheerde Entiteit

Buitelandse Trust Buitelandse Ongenoteerde Maatskappy Stigting Fonds Insolvente Boedel

Genoteerde Maatskappy Mediese Skemas Nie-regeringsorganisasie Nie-winsgewende Organisasie

Ander Korporatiewe Reëling Aftreefonds Skool/Universiteit Staatsbeheerde Entiteit

Stokvel Vakbonde Trust Ongenoteerde Maatskappy

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- / Besigheidsadres _____

_____ Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Beheerliggaam Liefdadigheidsorganisasie Kerk/Godsdiensorganisasie Beslote Korporasie
 Klub Bestorwe Boedel Buitelandse Regering Buitelandse Genoteerde Buitelandse Staatsbeheerde
 Maatskappy Entiteit
 Buitelandse Trust Buitelandse Ongenoteerde Maatskappy Stigting Fonds Insolvente Boedel
 Genoteerde Maatskappy Mediese Skemas Nie-regeringsorganisasie Nie-winsgewende Organisasie
 Ander Korporatiewe Reëling Aftreefonds Skool/Universiteit Staatsbeheerde Entiteit
 Stokvel Vakbonde Trust Ongenoteerde Maatskappy

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 / 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- / Besigheidsadres _____

 _____ Poskode/ Zipcode _____

Handelsnaam van regsentiteit _____

Tipe regsentiteit:

 Beheerliggaam Liefdadigheidsorganisasie Kerk/Godsdienstige organisasie Beslote Korporasie
 Klub Bestorwe Boedel Buitelandse Regering Buitelandse Genoteerde Maatskappy Buitelandse Staatsbeheerde Entiteit
 Buitelandse Trust Buitelandse Ongenoteerde Maatskappy Stigting Fonds Insolvente Boedel
 Genoteerde Maatskappy Mediese Skemas Nie-regeringsorganisasie Nie-winsgewende Organisasie
 Ander Korporatiewe Reëling Aftreefonds Skool/Universiteit Staatsbeheerde Entiteit
 Stokvel Vakbonde Trust Ongenoteerde Maatskappy

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Plannommer(s) _____

Volmag en/of betaling aan derde party (vervolg)

Geregistreerde 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)

Verklaring van versekerde lewe

- Ek verklaar dat die besonderhede hierin vervat korrek is.
- Ek verleen voorts onherroeplik aan enige persoon of instansie, mediese skema, mediese praktisyn, mediese spesialis, hospitaal, verpleeginrigting of mediese outoriteit toestemming om Sanlam Lewens te voorsien van enige inligting, insluitende rekords van my mediese skema, 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)



Verklaring deur behandelende dokter/tandarts vir 'n Siektevoordeeleis

Belangrik:

- Moet slegs deur die behandelende dokter/tandarts ingevul word (Indien eis buite Suid-Afrika ontstaan het, moet Engelse verslae voorsien word).
- Die eiser is verantwoordelik vir enige koste verbode aan die invul van hierdie vorm.
- 'n Korrek ingevulde vorm is noodsaaklik ten einde verdragings met die evalueringsproses te vermy. Beantwoord alle vrae asseblief.
- Leesbare afskrifte van oorspronklike dokumente kan in plaas van die oorspronklikes voorgelê word.

Voorsien asseblief die volgende bykomende voltooide dokument:

- Leesbare afskrifte van siektesertifikate wat deur behandelende dokter of tandarts verskaf is. (Indien beskikbaar)

Kontakbesonderhede

Telefoonnommer: (021) 916-3455
 Faksnummer: (021) 957-2288
 e-posadres: sickness@sanlam.co.za

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

Plannommer(s) _____

Besonderhede van eiser

Van _____

Volle voorname _____

Geboortedatum _____ (dd/mm/eejj)

Aard van die eis en besonderhede van konsultasies

Verskaf die voorletters, van en kontakbesonderhede van die dokter wat die pasiënt na u verwys het:

Telefoonnommer (_____) _____ Faksnummer (_____) _____

Die eiser het my op _____ (dd/mm/eejj) vir die eerste keer oor hierdie huidige toestand gekonsulteer.

Opvolgkonsultasie datums _____ (dd/mm/eejj)

_____ (dd/mm/eejj)

_____ (dd/mm/eejj)

_____ (dd/mm/eejj)

Primêre diagnose _____

Diagnostiese kode (ICD - 10) vir primêre diagnose: _____

Sekondêre diagnose _____

Diagnostiese kode vir sekondêre diagnose (ICD -10) _____

As gevolg van die bogenoemde diagnose was die eiser **totaal** nie in staat om sy/haar professionele pligte vir die volgende tydperk uit te voer nie:

Van _____ (dd/mm/eejj) Tot: _____ (dd/mm/eejj)

Was die siekverlof as gevolg van: Siekte Besering (Merk asseblief die toepaslike opsie met 'n X)

Beskryf die aard of besonderhede van die siekte of besering:

Datum waarop die siekte vir die eerste keer begin het of besering plaasgevind het _____ (dd/mm/eejj)

Is die eiser gehospitaliseer? Ja Nee

Indien "Ja" Toelatingsdatum: _____ (dd/mm/eejj) Datum ontslaan: _____ (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) _____

Aard van die eis en besonderhede van konsultasies (vervolg)

Is 'n operasie uitgevoer? Ja Nee

Indien "Ja", spesifiseer asseblief die tipe operasie of prosedure:

Datum van operasie _____ (dd/mm/eejj)

Operasiekode (CPT4) _____

NB - Verlengde/uitgebreide siekte-verlof periode

Was daar enige komplikasies/komorbiditeite wat die siekverlof langer laat duur het as wat redelik van 'n toestand van hierdie aard verwag kan word? (Heg asseblief afskrifte van spesialisverslae aan.)

Ja Nee

Indien "Ja", gee asseblief enige kommentaar aangaande die komplikasies/komorbiditeite asook die rede vir verlengde siekteverlof.

Is die eiser tans by die werk? Ja Nee

Besonderhede van dokter/tandarts

Volle voornaam en van _____

Mediese Raad Registrasie nommer _____

Kwalifikasies _____

Praktyknommer _____

Telefoonnommer (_____) _____ Faksnommer (_____) _____

Posadres _____

e-posadres _____

Handtekening van dokter/tandarts: _____

Datum _____ (dd/mm/eejj) Plek _____