Print form Save form

Sanlam

Verklaring deur behandelende dokter vir ’n Inkomstebeskermer / Bedryfskostebeskermer-eis

Belangrik:

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

Voorsien asseblief die volgende bykomende voltooide dokument:

- Leesbare kopieë van siektesertifikate wat deur behandelende dokter verskaf is. (Indien beskikbaar)

Kontakbesonderhede vir Lewende-voordeel Eise

Telefoonnommer: (021) 916-3455
Faksnommer: (021) 947-5804
e-posadres: livingbenefits@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

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

Opvolgkonsultasie datums _____ (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 (Verskaf asseblief ook naweke, indien dit deel vorm van die siekverlof wat toegestaan is):

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

Was die siekverlof vanweë: 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)

Tyd van opname _____ Tyd van ontslag _____

Is 'n operasie uitgevoer? Ja ☐ Nee ☐

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

_____

_____

Gelisensieerde Lewensversekeraar, Verskaffer van Finansiële Dienste en Geregistreerde Kredietverskaffer (NCRCP43)

Plannommer(s) _____

Aard van die eis en besonderhede van konsultasies (vervolg)

Datum van operasie _____ (dd/mm/eejj)

Operasiekode (CPT4) _____

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

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

_____

_____

_____

_____

_____

Is die eiser tans by die werk? Ja ☐ Nee ☐

Besonderhede van dokter

Volle voornaam en van _____

Mediese Raad Registrasie nommer _____

Kwalifikasies _____

Praktyknommer _____

Telefoonnommer (_____) _____ Faksnommer (_____) _____

Posadres _____

_____

e-posadres _____

Handtekening van dokter: _____

Datum _____ (dd/mm/eejj) Plek _____