



## Eis vir Gadebeskermer vir Lewende-voorredele of Doodsvoorredele

Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Lewende-voorredele Eis**

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

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

### Belangrik:

- Dit is belangrik dat u bewus is van die implikasies op u finansiële posisie indien ons die eis sal betaal asook indien ons nie die eis toestaan nie. Daarom beveel ons ten sterkste aan dat u nou reeds u finansiële adviseur nader om u hiermee behulpsaam te wees.
- '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.
- 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, benodig ons nie die oorspronklike dokumente nie.

### Die volgende toepaslike dokumente moet hierdie eis vergesel:

- 'n Afskrif van u identiteitsdokument.
- 'n Afskrif van u gade se identiteitsdokument.
- 'n Afskrif van u huweliksertifikaat.
- 'n Gesertifiseerde afskrif van die amptelike doodsertifikaat uitgereik deur die Departement van Binnelandse Sake (i.v.t).
- Afskrifte van alle spesialisverslae in u besit asook alle spesiale en laboratorium toetse gedoen. U is verantwoordelik vir die koste verbonde aan hierdie mediese inligting.
- Sanlam sal verdere mediese inligting/dokumente versoek indien benodig.

**Let Wel:** 'n Eis kan slegs oorweeg word vir die siektetoestande/beserings soos in die kontrak gelys.

### Besonderhede van versekerde lewe

Plannommer(s) \_\_\_\_\_

Van \_\_\_\_\_

Volle voorname \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ (dd/mm/eejj) Datum van dood (i.v.t) \_\_\_\_\_ (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)

### Aard van die eis en besonderhede van die konsultasies

- Vir watter siekte of eisgebeurtenis wat in u kontrak bepaal word, wil u eis? Indien dit 'n doodseis is, dui asseblief die oorsaak van die dood aan.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Beskryf die simptome wat u ervaar en meld die datum waarop die simptome begin het. Indien dit 'n doodseis is, verstrek asseblief die besonderhede van die dood - was dit **Natuurlik** (bv. 'n siekte) of was dit **Onnatuurlik** of **Onbekend** (bv. ongeluk/moord)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Plannommer(s) \_\_\_\_\_

### Aard van die eis en besonderhede van die konsultasies (vervolg)

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

Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_

e-posadres \_\_\_\_\_

### Mediese geskiedenis

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

- Huidige huisdokter \_\_\_\_\_

Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_

e-posadres \_\_\_\_\_

- Vorige huisdokter \_\_\_\_\_

Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_

e-posadres \_\_\_\_\_

- 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)

### Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies wat u in verband met die ei-soorsaak besoek het of waarvoor u behandeling ontvang het.

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

Verskaf die voorletters, van, adres en kontaknommers van die dokter(s) wie u na die spesialis(te) soos gemeld hierbo, verwys het:

Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_

e-posadres \_\_\_\_\_

Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_

e-posadres \_\_\_\_\_

### Ander Trauma/Gevreesde siekte/Doodsversekering

Trauma/Gevreesde siekte/Doodsversekering by ander versekeraars (Ongeag of 'n eis ingedien is)

Naam van versekeraar	Plan- / Verwysingsnommer	Versekerde bedrag (R)	Intreedatum (dd/mm/eejj)

Plannommer(s) \_\_\_\_\_

## Betalings

Neem kennis dat betalings op die plan moet voortgaan totdat 'n eis, indien enige, erken word.

## Bankbesonderhede

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

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  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.

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/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 \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ 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 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/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)

Residensiële- / Besigheidsadres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskode/ Zipcode \_\_\_\_\_

Handelsnaam van regsenteit \_\_\_\_\_

Tipe regsenteit:

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

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)