

Eis vir Die Een Mediese Plan/ Hospitaalpolis

 Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Eise: Byvoordele**

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

 Telefoonnommer (021) 916-3457
 Faksnommer (021) 947-6035

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 operasieverlag 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 geeis 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
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

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
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Besonderhede van hospitalisasie (vervolg)

- Het die pasiënt al voorheen vir die toestand geëis? Ja Nee Indien wel, wanneer? _____
- Was die pasiënt gedurende die periode van hospitalisasie in 'n:
 - Intensiewesorgeenheid? Ja Nee
 - Hoësoning? 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 soning:

Tipe soning (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 intensiewesoning 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
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /

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: Operasieverlag* 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 volgede 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

Sanlam Lewensversekering Bpk. ("Sanlam Lewens") verkies om alle betalings, indien enige, direk in u bankrekening te maak. Voorsien ons asseblief van u bankbesonderhede. Tjeks sal op eie risiko gepos word. Sanlam is nie verantwoordelik of aanspreeklik vir verlore of gesteelde tjeks nie.

Verskaf asseblief die bankbesonderhede van die rekening waarin u tjek inbetaal moet word:

Naam van rekeninghouer _____

Naam van bank _____

Naam van tak _____

Rekeningnommer _____

Bankkode _____

Tipe rekening Tjek Spaar Transmissie Ander _____ (spesifiseer)

Volmag en/of betaling aan derde party

Indien u sou verkies dat u eis/betaling deur 'n ander persoon/instansie hanteer/ontvang moet word, kan die onderstaande gedeelte voltooi word.

Planeienaar se volle voorname en van _____

Hiermee magtig ek, die eienaar, dat die persoon wat hieronder aangedui is, die eis namens my mag hanteer/die betaling namens my mag ontvang, en ek stel Sanlam Lewens skadeloos vir enige skade wat daar weens hierdie betaling aan die derde party mag ontstaan. *(Skrap die bewoording wat nie van toepassing is nie.)*

Voorletters en van van die persoon wat die eis _____
namens my mag hanteer

Adres _____ Poskode _____

Voorletters en van van die persoon wat die eis _____
namens my mag ontvang

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnommer _____ Takkode _____

Rekeninghouer _____

Tipe rekening Tjek Spaar Transmissie Ander _____ *(spesifiseer)*

Handtekening van eienaar _____

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

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 vevat, 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, simulasie 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 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:

	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 _____