

## Eis vir Ongeskiktheid/Inkomste/Bedryfskostebeskermer

Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Eise: Byvoordele**Posadres Posbus 1, Sanlamhof 7532  
e-pos claimbenefits@sanlam.co.zaTelefoonnommer (021) 916-3455  
Faksnommer (021) 947-5804**Belangrik:**

- 'n Volledig voltooide eisvorm is noodsaaklik om enige vertragings in die assesserings proses te voorkom. Oorweging van 'n eis kan slegs geskied indien alle vereiste dokumente en alle aanvullende verklarings (soos hieronder aangedui) 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 relevante 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.

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

- Die *Verklaring van werkgewer*-vorm (indien u nie selfbesoldigend is nie).
- Die aangehegte *Verklaring deur behandelende dokter of spesialis vir 'n Inkomstebeskermer/Bedryfskostebeskermer eis (vorm nommer CPC003)*.
- Indien selfbesoldigend of indien u 'n eis vir die Bedryfsinkomstebeskermervoordeel wil indien, moet u asseblief ook die *Bedryfskostevraelys*-vorm voltooi.
- Vir selfbesoldigend benodig ons ook die bewys van die bestaan van u besigheid, bv. geouditeerde finansiële state of belastingaanslae en opgawes, kwitansies of beëdigde verklarings van persone met wie besigheid gedoen is.
- 'n Afskrif van u identiteitsdokument.
- Afskrifte van mediese sertifikate wat u siekteverloftydperk aandui sowel as mediese verslae waarmee u medies ontslaan is.
- Verslag deur u behandelende spesialis (aangeheg)
- Die *SAPD-verslag* en/of die *Besering aan diensverslag* indien die eis as gevolg van 'n ongeluk is, asook die uitslag van die ondersoek as dit reeds afgehandel is.

*Belangrik: U kan slegs eis vir die siektetoestande soos in u kontrak gelys.**Indien eis buite Suid-Afrika ontstaan het, moet mediese verslae in Engels voorsien word.***Besonderhede van versekerde**

Plannommers \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Residensiële adres \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**Aard van ongeskiktheid (Funksionele inkorting)**

- Watter siekte, besering of afwyking gee aanleiding tot hierdie eis?

\_\_\_\_\_

- Op watter datum het u vir die eerste keer 'n geneesheer hieroor geraadpleeg? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/eejj)

- Verskaf die voorletters, van, adres en telefoonnommer van hierdie dokter.

\_\_\_\_\_

- Beskryf die simptome wat u ondervind, en noem sedert watter datum:

\_\_\_\_\_

- Gee 'n kort beskrywing van hoe die simptome, wat u hierbo genoem het, u vermoë beperk om te werk:

\_\_\_\_\_

- Hoe bring u u dae deur? \_\_\_\_\_

- Beskryf in watter opsig u enigsins belemmer is om u persoonlike belange te behartig of om die alledaagse persoonlike versorging te doen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mediese geskiedenis**

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

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

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

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

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

- Sedert watter datum is u by u huidige huisdokter? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/eejj)

- Verskaf die volgende inligting met betrekking tot alle ander dokters/spesialiste wat u in verband met die eiisoorsaak gespreek het of waar u behandeling ontvang het:

**Besonderhede van hospitalisasie vir behandeling of ondersoeke**

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

**Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies**

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

Plannommer \_\_\_\_\_

**Mediese geskiedenis** (vervolg)

**Publieke gesondheidsorg**

Naam van hospitaal	Naam van spesialis	Pasiëntnommer	Telefoonnommer	Eerste konsultasie dd / mm / eejj
			( )	/ /
			( )	/ /
			( )	/ /
			( )	/ /

- Mediese fonds besonderhede
  - Naam van die fonds \_\_\_\_\_
  - Lidmaatskapnommer \_\_\_\_\_

**Ander inligting**

- 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)

**Besonderhede van ongeluk**

- Datum van ongeluk \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/eejj)
- Plek van ongeluk \_\_\_\_\_
- Die ongeskiktheid is veroorsaak deur:  Ongeluk met voertuig     Ongeluk by die huis     Ongeluk by die werk  
 Skiet voorval                       Ander (spesifiseer) \_\_\_\_\_
- Gee 'n kort beskrywing van hoe die ongeluk gebeur het:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indien 'n ondersoek na die oorsaak van die ongeluk ingestel is, verskaf die volgende:  
Naam van polisiestasie \_\_\_\_\_  
Saaknommer \_\_\_\_\_  
Ondersoekbeampte se voorletters en van \_\_\_\_\_  
Kontaknommer    Telefoonnommer ( )                      Faksnommer ( )  
Uitslag van die ondersoek (Voorsien afskrif van die SAPD-verslag/Besering aan diens verslag/Hofuitslag):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Het u enige liggaamlike verlies gely?      Ja       Nee   
Indien "Ja", spesifiseer watter verlies u gely het.  
\_\_\_\_\_  
Indien die verlies nie op die datum van die ongeluk plaasgevind het nie:  
Datum van verlies \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/eejj)

## Beroepsgeskiedenis

- Verskaf 'n volledige uiteensetting van u loopbaan insluitende u huidige of laaste beroep. Die presiese datums (ten minste maand en jaar) van indienstreding en uittrede van diens, word verlang.

Naam van werkgewer	Adres	Telefoonnommer	Indienstreding dd / mm / eejj	Uittrede dd / mm / eejj	Aard van werk
		( )	/ /	/ /	
		( )	/ /	/ /	
		( )	/ /	/ /	
		( )	/ /	/ /	

- Wat was die laaste datum waarop u nog aktief in staat was om u werk te verrig. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/eejj)  
(Nie noodwendig die datum van uitdienstreding nie)
- Datum van amptelike ontslag \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (dd/mm/eejj)
- Naam van u beroep(e) \_\_\_\_\_
- Kernfunksie(s) \_\_\_\_\_
- Dui die persentasie tyd wat u bestee aan die onderstaande aksies sowel as die aard daarvan.
 

Administrasie	_____ %	
Hande-/Fisiese-arbeid	_____ %	
Toesighouding	_____ %	
Reis per motor/trok, ens.	_____ %	
Loop- en staanwerk	_____ %	
TOTAAL	100 %	<i>Nota: die persentasies moet optel na 100%.</i>
- Wat is u hoogste opvoedkundige kwalifikasie? (bv. St. 10/Gr.12 of B.Com) \_\_\_\_\_
- By watter skool of instansie is die kwalifikasie behaal? \_\_\_\_\_
- Enige ander kwalifikasies verwerf? \_\_\_\_\_
- Enige vaardighede en/of kursusse wat indiens aangeleer of geslaag is? \_\_\_\_\_
- Enige vakgebied/sake kwalifikasies? \_\_\_\_\_
- Indien u tans enige werk doen waaruit u 'n inkomste verdien, meld asseblief:  
Tipe werk \_\_\_\_\_ Inkomste \_\_\_\_\_  
Verskaf die betrokke werkgewer se naam en adres, asook die telefoonnommer.  
\_\_\_\_\_  
Telefoonnommer ( ) \_\_\_\_\_ Faksnommer ( ) \_\_\_\_\_
- Indien u tans nie werk nie, is u van voornemens om dit in die toekoms wel te doen: Ja  Nee
- Indien "Ja", watter tipe beroep het u in gedagte en van wanneer af, verskaf die datum (dd/mm/eejj).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Indien "Nee", wat in u opinie, verhoed u om voltyds / deelyds 'n beroep te beoefen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inkomste besonderhede**

- Wat was u bruto inkomste per maand in die laaste 12 maande voor ongeskiktheid? (Dui asseblief enige oortyd betaling apart aan)

Bruto R \_\_\_\_\_ Oortyd R \_\_\_\_\_

- Verskaf die volgende besonderhede indien u as gevolg van of tydens u ongeskiktheid enige voordeel, salaris, pensioen of vergoeding van watter aard ook al ontvang, of geregtig is om te ontvang (dit sluit in ontvangste van enige werkgewer, vennoot, versekeringsmaatskappy, 'n pensioen- of uittreedingsannuïteitsfonds, enige staatsfonds of van enige ander bron – ongeag of 'n eis reeds ingedien is):

Bron van die voordeel / Maatskappynaam	Bedrag (R)	Frekwensie van betaling	Aanvangsdatum dd / mm / eejj	Stakingsdatum dd / mm / eejj
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

- Wat was u bronne van inkomste onmiddelik voor ongeskiktheid? Merk die toepaslike blokke en meld die maandelikse inkomste bedrae.

Salaris van werkgewer  R \_\_\_\_\_ Selfbesoldigend  R \_\_\_\_\_

Huurinkomste  R \_\_\_\_\_ Pensioen  R \_\_\_\_\_

Beleggingsinkomste  R \_\_\_\_\_ Ander  R \_\_\_\_\_

Spesifiseer ander: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Belangrik:**

Vul die volgende gedeelte slegs in indien u selfbesoldigend was. Voorsien ons asseblief van 'n bewys van die bestaan van u besigheid.

- Wat was u bedryfsuitgawes vir die laaste 12 maande voor ongeskiktheid?

\_\_\_\_\_

- Wat word nou van u onderneming na u ongeskiktheid?

\_\_\_\_\_

- Indien u onderneming voortgaan, wat is u aandeel daarin? (bv. Betrokkenheid en winsdeling.)

\_\_\_\_\_

- Watter funksies het u in die onderneming verrig voor u ongeskiktheid?

\_\_\_\_\_

- Watter funksies verrig u steeds na u ongeskiktheid in die onderneming?

\_\_\_\_\_

- Moes u mense aanstel om met u onderneming te kan voortgaan Ja  Nee

- Indien "Ja", teen watter koste is dit gedoen en in watter hoedanigheid? (Heg asseblief bewysstukke aan, bv. Salarisstaat)

\_\_\_\_\_

Plannommer \_\_\_\_\_

## Betalings

Neem kennis dat u premiebetaling 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. Betaling aan die eenaar van die plan(ne)

Indien die versekerde se eis erken word, kan Sanlam Lewens die geld aan die eenaar beskikbaar stel deur middel van 'n elektroniese bankoordrag. Voorsien ons asseblief van die volgende besonderhede:

Naam van bank \_\_\_\_\_ Naam van tak \_\_\_\_\_

Rekeningnommer \_\_\_\_\_ Takkode \_\_\_\_\_

Rekeninghouer \_\_\_\_\_

Tipe rekening Tjek  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. 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.*

Voltooi indien enige van u planne sedeer is:

Betrokke plannommer(s) \_\_\_\_\_

Naam van bank \_\_\_\_\_ Naam van tak \_\_\_\_\_

Rekeningnommer \_\_\_\_\_ Takkode \_\_\_\_\_

Rekeninghouer \_\_\_\_\_

Tipe rekening Tjek  Spaar  Transmissie  Ander  \_\_\_\_\_ (spesifiseer)

##### **Of**

Hiermee gee ons toestemming dat die sessie gekanselleer word \_\_\_\_\_

Naam van kontakpersoon: \_\_\_\_\_ Kontaknommer (\_\_\_\_)

Handtekening van sessionaris \_\_\_\_\_ Amptelike stempel van die instansie \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dd/mm/eejj)

Plannommer \_\_\_\_\_

### Bankbesonderhede (vervolg)

#### 3. Volmag en/of betaling aan derde party

Indien u as planeienaar 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 planeienaar, 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 betaling namens my mag ontvang

Identiteitsnommer \_\_\_\_\_

Naam van bank \_\_\_\_\_ Naam van tak \_\_\_\_\_

Rekeningnommer \_\_\_\_\_ Takkode \_\_\_\_\_

Rekeninghouer \_\_\_\_\_

Tipe rekening Tjek  Spaar  Transmissie  Ander  \_\_\_\_\_ (spesifiseer)

Handtekening van planeienaar \_\_\_\_\_

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 te deel, 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)

## Die behandelende spesialis

### *Belangrik*

Hierdie verslag moet deur 'n behandelende spesialis opgestel word en nie deur 'n algemene praktisyn nie.

Voordat u die ondersoek doen, moet u die identiteit van die kliënt met behulp van 'n fotografiese identiteitsbewys vasstel. Dui asseblief aan op u ondersoekbevindings watter soort identiteitsbewys aangebied is.

Bogenoemde versekerde het ons versoek om te oorweeg of hy/sy vir 'n ongeskiktheidseis sal kwalifiseer.

Wanneer 'n ongeskiktheidseis evalueer word, moet ons onderskei tussen die twee hoofbeginsels van funksionele inkorting en ongeskiktheid. Die evaluering van funksionele inkorting behels uit 'n praktiese oogpunt dat 'n diagnose gemaak en daarna op mediese grond bepaal word watter funksie die persoon nog kan verrig en watter nie. Aan die ander kant is ongeskiktheid 'n regsproses waar die omvang van die persoon se funksionele inkorting beoordeel word aan die hand van sy posbeskrywing, die bewoording in die plan en persoonlike faktore soos opleiding, ondervinding, ensovoorts.

Om ons te help om 'n regverdigte besluit te neem, moet ons voorsien word van 'n verslag betreffende die funksionele inkorting van hierdie persoon. Die besluit oor ongeskiktheid sal deur Sanlam Lewensversekering Bpk ("Sanlam Lewens") geneem word.

Vul asseblief die verslag in in ooreenstemming met die riglyne soos uiteengesit in die *Riglyne mediese verslag oor funksionele inkorting* hieronder, nadat die persoon ondersoek is.

Die versekerde is verantwoordelik vir die koste verbonde aan hierdie konsultasie en mediese verslag.

## Riglyne vir mediese verslag oor Funksionele inkorting

*Gebruik die volgende asseblief slegs as riglyne om u verslag op te stel.*

- Diagnose (DSM IV vir psigiatriese toestande)
- Datum van die aanvang en verloop van die siekte
- Erns: aanleidende faktore, sekondêre voordeel
- Huidige kliniese bevindings                      Beskryf in detail
- Behandeling:
  - behandelingsmodaliteite
  - tydsduur van behandeling
  - rehabilitasie
  - tipes medikasie en dosering
  - terapeutiese prosedures
  - hospitalisasie
- Reaksie op behandeling
- Komplikasies wat permanent is
- Spesiale ondersoeke
- Prognose met optimale behandeling
- Invloed op lewenstyl, aktiwiteite van daaglikse lewe en werksaktiwiteite

Spesiale vereistes:

- Kardiovaskulêr                      NYHA-klassifikasie, oefeningskapasiteit, inspannings-EKG, uitwerfraksie
- Respiratories                      dispnee-gradering (ATS), oefeningskapasiteit (mets of VO2 maks.), vitalogram voor en na inhalasie (3 pogings), borskas X-strale, enkelinasemingsdiffusietoets (DCO) in gevalle van interstisiële longsiekte)
- Ortopedies                          X-strale met stres-opnames, MRI- of CAT-skanderings, ander (bv. senuweegeleidingstoetse)
- Psigiatryes                          Sosiale funksionering, konsentrasie, psigometriese toetse in gevalle van kognitiewe inkorting