

Eis vir Siektevoordeel**Kontakbesonderhede vir Cobalt Professionele Persoonlike dekking**

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

Belangrik:

- 'n Volledig voltooide eisvorm is noodsaaklik om enige vertraging 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.

Die volgende verpligte dokumente moet hierdie eis vergesel:

- Die aangehegte *Verklaring deur behandelende dokter/tandarts-vorm (bladsye 5 & 6 van hierdie vorm)*.
- Afskrifte van siektesertifikaat/-sertifikate deur die behandelende dokter/tandarts voorsien. (Indien beskikbaar)

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

Besonderhede van versekerde

Plannommers _____

Titel: Mnr. Mev. Mej. Me. Ds. Dr. Prof. Adv. Regter

Geslag Manlik Vroulik

Van _____

Volle voorname _____

Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Identiteitsnommer _____ (Verpligtend) Land van uitreiking _____

Paspoortnommer _____ Vervaldatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

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)

Plannommer _____

Aard van die eis en besonderhede van die konsultasies

U huidige voltydse beroep _____

Is u selfbesoldigend? Ja Nee

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

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: _____ / _____ / _____

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 _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

• Vorige huisdokter _____

Telefoonnommer () _____ Faksnommer () _____

• 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 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
	/ /	()	()	
	/ /	()	()	
	/ /	()	()	
	/ /	()	()	

Plannommer _____

Besonderhede van behandelende dokter/tandarts (vervolg)

Besonderhede van hospitalisasie vir behandeling of ondersoeke

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. ____ / ____ / ____

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. Betaling aan die eienaar van die plan(ne)

Indien die versekerde se eis erken word, sal Sanlam Lewens u geld aan die eienaar 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)

Belangrik:

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 _____

Bankbesonderhede (vervolg)

2. Betaling aan sessionaris (Voltooi indien enige van u planne sedeer is)

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, indien van toepassing.

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)

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, moet 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 van versekerde lewe

- 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)

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 verbonde 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 vir Cobalt vir Professionele Persoonlike Dekking

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

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 (____) _____ Faksnommer (____) _____

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:

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) _____

Is 'n operasie uitgevoer? Ja Nee

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

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 afskrifte 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/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 _____