

Eis vir Ongeskiktheid vir professionele sportmanne en vroue

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 assesseringsproses 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 verstaan wat die impak van die betaling of nie-betaling van hierdie eis op u finansiële posisie is. Ons beveel daarom 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 toepaslike dokumente moet hierdie eis vergesel:

- Die *Verklaring van werkgewer*-vorm (unie /liga).
- Indien selfbesoldigend of indien u 'n eis vir die Bedryfsinkomstebeskermeroordeel 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.**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 _____

Woon 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 geheesheer.

- Indien verskil, meld asseblief voorletters, van, adres en telefoonnommer van die spandokter.

- Eerste konsultasie datum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
- 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 in die behartiging van u persoonlike belange (finansiële, besluitneming, besigheidsbelange) of in die alledaagse persoonlike versorging (bv. Bad, stort, eet, verklee, ens.):

Mediese geskiedenis

- Verskaf die voorletters, van, adres en kontaknommers van u:
 - Spandokter _____
Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____
Eerste datum van behandeling deur die spandokter: ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
 - Huidige huisdokter _____
Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____
Sedert watter datum is u by u huidige huisdokter? ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
 - Vorige huisdokter _____
Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____
- Verskaf die volgende inligting met betrekking tot alle ander dokters/spesialiste wat u in verband met die eisoorsaak 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
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /
			/ /	/ /

Plannommer _____

Mediese geskiedenis (vervolg)

Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies/Sportinstituut

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

Publieke gesondheidsorg

Naam van hospitaal	Naam van spesialis	Pasiëntnummer	Telefoonnummer	Eerste konsultasie dd / mm / eejj
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /

- Mediese fonds besonderhede
 - Naam van die fonds _____
 - Lidmaatskapnummer _____

Besonderhede van besering

- Datum van besering ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)
- Waar het die besering plaasgevind? _____
- Gee 'n kort beskrywing van hoe die besering gebeur het:

- Indien 'n ondersoek na die oorsaak van die besering ingestel is, uitslag van die ondersoek :

- 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 besering plaasgevind het nie:

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

Plannommer _____

Beroepsgeskiedenis

- 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 ontslag _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

Rugby:

- Was u gekontrakteer met 'n unie geaffilieer met SARU ten tye van u besering/siekte? Ja Nee
- Was u gekontrakteer met 'n oorsese rugbyklub geaffilieer met SARPA ten tye van u besering/siekte? Ja Nee

Sokker:

Is u 'n formeel gekontrakteerde sokkerspeler met:

- 'n Plaaslike klub in een van die top twee sokkerligas van Suid-Afrika? Ja Nee
- 'n Oorsese klub in een van die top twee sokkerligas van die betrokke land? Ja Nee
- Het u ten tye van die besering/siekte gespeel in 'n klub wat in een van die top twee sokkerligas was? Ja Nee
- Indien nie, bevestig asseblief vir watter klub u gespeel het? _____

Indien u tans enige werk doen waaruit u 'n inkomste verdien, meld asseblief die tipe werk asook die inkomste verdien:

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

Datum van ontslag _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

Verskaf die volgende besonderhede indien u as gevolg van of tydens u besering 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 uitredingannuïteitsfonds, enige staatsfonds of van enige ander bron – ongeag of 'n eis reeds ingedien is):

Bron van die voordeel	Bedrag (R)	Van dd / mm / eejj	Tot dd / mm / eejj
Basiese salaris per maand		/ /	/ /
Gemiddelde wedstrydfooie per maand		/ /	/ /
Gemiddelde borgskappe per maand		/ /	/ /

Gemiddeld oor die laaste 12 maande of tydperk wat gespeel is indien minder as 12 maande.

Wat was u bruto maandelikse inkomste gedurende die laaste 12 maande voor die begin van u besering? (Dui asseblief oortyd betaling apart aan.)

Bruto R _____ Oortyd R _____

Plannommer _____

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 eenaar van die plan(ne)

Indien u eis erken word, kan Sanlam Lewens u geld vir u 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 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

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 bevindinge 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, uitwerpfraksie
- 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