



Verklaring deur behandelende dokter vir 'n Inkomstebeskermer / Bedryfskostebeskermer-eis

Belangrik:

- *Moet slegs deur die behandelende dokter 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 vertragings met die evalueringsproses te vermy. Beantwoord alle vrae asseblief.*
- *Leesbare kopieë van oorspronklike dokumente kan in plaas van die oorspronklikes voorgelê word.*

Voorsien asseblief die volgende bykomende voltooide dokument:

- Leesbare kopieë van siektesertifikate wat deur behandelende dokter verskaf is. *(Indien beskikbaar)*

Kontakbesonderhede vir Lewende-voordeel Eise

Telefoonnommer: (021) 916-3455
 Faksnommer: (021) 947-5804
 e-posadres: livingbenefits@sanlam.co.za

Plannommer(s) _____

Besonderhede van eiser

Van _____

Volle voorname _____

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

Aard van die eis en besonderhede van konsultasies

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 (Verskaf asseblief ook naweke, indien dit deel vorm van die siekverlof wat toegestaan is):

Van ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj) Tot: ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Was die siekverlof vanweë: 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)

Tyd van opname _____ Tyd van ontslag _____

Is 'n operasie uitgevoer? Ja Nee

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

Plannommer(s) _____

Aard van die eis en besonderhede van konsultasies (vervolg)

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 kopieë 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**

Volle voornaam en van _____

Mediese Raad Registrasie nommer _____

Kwalifikasies _____

Praktyknommer _____

Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____

Posadres _____

e-posadres _____

Handtekening van dokter: _____

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