



Eis vir Ongeluksvoordele / Fisiese inkortingsvoordele / Funksionele inkortingsvoordele

Voltooi asseblief die eisvorm en stuur terug aan **Lewende-voordeel Eise**

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

Telefoonnommer (021) 916-3455
Faksnommer (021) 947-5804

Dit is 'n generiese eisvorm. Merk asseblief die toepaslike blokkie vir die eis wat u indien en neem kennis van die dokumente benodig vir die voordeel waarvoor u eis.

Ek eis vir: Ongeluksvoordele Fisiese inkortingsvoordele Funksionele inkortingsvoordeel

Plannommer(s) _____

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 verstaan 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.

Let wel: U kan slegs eis vir die siektetoestande soos in u eie kontrak gelys ten opsigte van al bogenoemde voordele.

Ongeluksvoordele / Fisiese inkortingsvoordele

Die volgende toepaslike dokumente moet hierdie eis vergesel:

- 'n Afskrif van u identiteitsdokument.
- Minimum formaat vir verslag ten opsigte van Ongeluks/Fisiese inkortingvoordele-eise. (Dit vorm deel van hierdie eisvorm en kan aan die behandelende dokter/spesialis oorhandig word.)
- Die SAPD-verslag en/of die Besering aan diens -verslag indien die eis as gevolg van 'n ongeluk is, asook die uitslag van die ondersoek as dit reeds afgehandel is.
- Indien die eisoorsaak brandwonde is, voltooi ook die *Afrbrandwonde*-vorm, waarop die omvang aangedui moet word deur die geneesheer.
- Indien die eisoorsaak amputasie is, voltooi ook *Afrhandlinks*-vorm (Skets van die hand links) of *Afrhandregs*-vorm (Skets van die hand regs) waarop die fisiese amputasie deur die geneesheer aangedui moet word.

Funksionele inkorting

Die volgende toepaslike dokumente moet hierdie eis vergesel:

- 'n Afskrif van u identiteitsdokument.
- Afskrifte van alle beskikbare mediese verslae, X-strale, MRI-skanderings en spesiale toetse gedoen.
- Die aangehegte *Verslag deur u behandelde spesialis*.
- Die SAPD-verslag en/of die Besering aan diens-verslag indien die eis as gevolg van 'n ongeluk is, asook die uitslag van die ondersoek as dit reeds afgehandel is.

Plannommer(s) _____

Besonderhede van versekerde lewe

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 _____

Woonadres _____ Poskode _____

Kontaknommers: Telefoon (huis) (____) _____ Faks (huis) (____) _____

Telefoon (werk) (____) _____ Faks (werk) (____) _____

Selfoon _____

E-posadres _____

Huwelikstaat: Enkel Getroud Geskei Woon saam Weduwee/Wewenaar

Huidige hoofberoep _____

Sedert watter datum beoefen u die beroep? ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Ras: Blank Asiër Kleurling Swart Onbekend (Vir statistiekdoeleindes)

Aard van die eis en besonderhede van die konsultasies

- Vir watter siektetoestand, besering of afwyking in u kontrak eis u?

- Beskryf die verlies wat u as gevolg van die bogenoemde besering/siektetoestand of afwyking ondervind.

Noem vanaf watter datum bogenoemde ondervind word. ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

- 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 geneesheer:

Telefoonnommer (____) _____ Faksnommer (____) _____

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)

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

Plannommer(s) _____

Mediese geskiedenis (vervolg)**Besonderhede van dokters, spesialiste en konsultasies**

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)
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /
			()	/ /

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 _____
Saaknummer _____
Ondersoekbeampte se voorletters en van _____
Kontaknummer _____ Telefoonnummer () _____ Faksnummer () _____
Uitslag van die ondersoek (Voorsien afskrif van die SAPD-verslag/Besering aan diens verslag/Hofuitspraak):

- 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)

Plannommer(s) _____

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. Besonderhede van rekeninghouer / planhouer****A. Natuurlike persoon / regsenteit**

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsenteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fonds

Nie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreeerde adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnommer _____ Takkode _____

Tipe rekening Lopend 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) _____

Plannommer(s) _____

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.

A. Natuurlike persoon / regsenteit

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreeerde naam
van regsenteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Handelsnaam van regsenteit _____

Tipe regsenteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fonds
Nie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Geregistreeerde adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnummer _____ Takkode _____

Tipe rekening Lopend 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.

Of

Plannommer(s) _____

Betaling aan sessionaris (vervolg)

Hiermee gee ek 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 die planhouer sou verkies dat die eis/betaling deur 'n ander persoon/instansie hanteer/ontvang moet word, kan die onderstaande gedeelte voltooi word.

Ek, _____ (volle voorname en van van planhouer),

magtig hiermee dat die persoon wat hieronder aangedui is, die eis namens my mag hanteer/die betaling namens my mag ontvang, en ek vrywaar Sanlam Lewens teen enige en alle eise ten opsigte van, en in verband met, die betaling deur Sanlam van die betrokke bedrag(bedrae) aan hierdie derde party. (Skrap die bewoording wat nie van toepassing is nie.)

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

Adres _____

 _____ Poskode/ Zipkode _____

Voorletters en van van die persoon wat die betaling namens my mag ontvang: _____

A. Natuurlike persoon / regsentiteit

Titel _____

Volle voorname en van/Geregistreerde naam van regsentiteit _____

Vorige van/Nooiensvan _____

Nasionale identiteitsnommer _____

Land van uitreiking van identiteitsdokument _____

Nasionaliteit/Burgerskap _____

Geslag Manlik Vroulik Geboortedatum ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Land woonagtig _____

Land van geboorte _____

Maandelikse inkomste R _____ Datum van laaste inkomste ____ / ____ / ____ (dd/mm/eejj)

Residensiële adres _____

 _____ Poskode/ Zipcode _____

Handelsnaam van regsentiteit _____

Tipe regsentiteit:

Genoteerde Ongenoteerde Beslote Trust Bestorwe Vennootskap Ander Aftree-
 maatskappy maatskappy korporasie boedel regspersoon fonds

Nie-groeiende Nie-winsgewende Liefdadigheids- Stigting Ondernemings Gesamentlike
 organisasie organisasie organisasie in staatsbesit eienaarskap

Registrasienuommer _____ Land van registrasie _____

Plannommer(s) _____

Volmag en/of betaling aan derde party (vervolg)

Geregistreerde adres _____

Poskode/ Zipkode _____

Beherende party/Voordelige eienaar _____

Oorsprong van fondse _____

B. Bankbesonderhede

Rekeninghouer _____

Naam van bank _____ Naam van tak _____

Rekeningnommer _____ Takkode _____

Tipe rekening Lopend 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 planhouer _____ 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, of enige ander belanghebbendes, te deel vir die doeleindes van assessering, ondersoek, verwerking, of om enige ander rede, insluitende die voorkoming van bedrieglike eise 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)

Plannommer(s) _____

Minimum formaat vir die verslag ten opsigte van ongeluk/fisiese inkortingsvoordele-eis

Ter staving van 'n eis kragtens die voordele van plan(ne) _____

Op die lewe van _____ gebore _____ / _____ / _____ (dd/mm/eejj)

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.

Ten einde die eis te oorweeg, verlang ons 'n verslag wat die onderstaande inligting bevat ten opsigte van die verlies wat die eiser gely het. Die eiser moet die koste van die verslag dra. Sanlam Lewens beskik oor die eiser se toestemming vir die verskaffing van die inligting.

Riglyne : Mediese Verslag (Gebruik die volgende asseblief slegs as 'n riglyn om u verslag op te stel.)

1. Die datum van die ongeluk.
2. Die beroep van die versekerde.
3. Wanneer die liggaamlike verlies ingetree het.
4. Of u die eiser se gereelde geneesheer is
 - Indien nie, verskaf asseblief die huisdokter se naam en telefoonnommer.
 - Indien wel, verstrek asseblief inligting en datums van enige noemenswaardige siektes of beserings waarvoor u geraadpleeg is.
5. Indien u op enige stadium bewus was van oormatige alkoholgebruik, verskaf asseblief die volledige inligting.
6. Of die eiser al ooit vir HIV-teenliggame getoets is. Indien wel, wat die uitslag van die toets was.
7. Die voordele is slegs betaalbaar vir die verlies van die gebruik van sekere ledemate, die amputasie daarvan of sekere ander toestande wat in die kontrak gemeld word. Noem die liggaamlike verlies wat gely/besering wat opgedoen is en stel 'n kliniese verslag op aan die hand van die volgende vereistes per tipe verlies/besering. (Verskaf asseblief afskrifte van alle spesialisverslae, en/of x-strale soos versoek in u besit)

Algehele visuele verlies

- Gesigskerptetoets - voor- en na korreksie indien toepaslik
- Gesigsveldtoets - waar van toepassing

Gehoouerlies

- Oudiogram met spraakonderskeiding

Brandwonde

- Toon die areas van derdegraadse brandwonde aan op die vorm verskaf.

Koma

- Die Glasgow komaskaal vanaf toelating tot ontslag
- Periodes , meld datums, waartydens ventilasie en binnearse infusie nodig was
- Medikasie toegedien tydens periode van koma

Amputasie

- Sketse wat die vlak van amputasie aandui op die vorm verskaf

Paraplegie /Kwadruplegie

- Diagnose en kliniese bevindinge in terme van beweging, krag en sensasie nadat volle rehabilitasie voltooi is.

Skietwonde of penetrerende steekwonde

- Operasie verslae

Frakture (rib / bekken / werwelkolom)

- Radioloogverslag
- Neurologiese inkorting in geval van werwelfrakture

Verlies van derm- of blaasfunksie

- Slegs die kliniese verslag

Funksie verlies van ledemate

- Kliniese bevindinge in terme van beweging van gewrigte, krag, sensasie, ankilose (met posisie) en neurologiese inkorting.

Post-traumatische vetembolus

- Verslag met ventilasie-perfusie-skandering (VQ-skandering)

Lewer- of miltruatuur

- Operasie verslag