

Hospitalisasie Eisvorm *AFDELING 1*

Moet voltooi word deur die Polishouer

Die uitreiking van hierdie vorm is nie 'n erkenning van aanspreeklikheid onder die polis nie. Indien hierdie eis goedgekeur word, sal die rekening waaruit u premies gevorder word outomaties gekrediteer word met die eisbetaling, behalwe as dit 'n kredietkaart rekening is. Indien u verkies dat die eisbetaling in 'n alternatiewe rekening betaal moet word, verskaf asseblief die nodige besonderhede hieronder in deel 7.

POLISHOUER	5a. BESONDERHEDE VAN SIEKTE (vervolg)
Naam:	Indien wel, verstrek besonderhede en datums van behandeling
Posadres:	
Kode:	
Epos adres:	5b. BESONDERHEDE VAN SWANGERSKAP
Selfoon:	Wat was die beraamde datum van bevrugting?
Tel: (Bedags) Faks:	Datum van bevalling:
1. POLISNUMMER(S)	
	5c. BESONDERHEDE VAN ONGELUK
2. PASIËNT	Datum van ongeluk:
Naam:	Besonderhede van ongeluk:
Geboortedatum:	
Verwantskap met Polishouer:	Beserings opgedoen:
Beroep:	
3. HUIS / FAMILIEDOKTER	6. WAS HOSPITALISASIE ENIGSINS VERBONDE AAN
Naam:	(✓ toepaslike blokkie) J N
Posadres:	Aangebore siektes
Kode:	Kroniese gebreke
Selfoon:	Geestes kwale
Tel: (Bedags) Faks:	Alkohol misbruik
	Dwelm misbruik of gebruik van medikasie sonder 'n dokter se voorskrif
4. HOSPITAAL	Poging tot selfmoord / self besering
Heg asb. afskrifte van hospitaalrekeninge aan of laat hospitaal onder voltooi.	MIV / V. I. G. S.
Naam van hospitaal:	Miskraam, aborsie of enige komplikasie daarvan
Tel Nr.: Faks:	Besonderhede:
Behandelende dokter:	
Tel Nr.: Faks:	
Datum opgeneem: Tyd:	
Datum ontslaan: Tyd:	
5. REDE VIR HOSPITALISASIE (✓toepaslike blokkie)	7. BANK BESONDERHEDE
<input type="checkbox"/> a siekte <input type="checkbox"/> b swangerskap <input type="checkbox"/> c ongeluk	Rekeningnummer
5a. BESONDERHEDE VAN SIEKTE	Naam van Rekeninghouer
Aard van siekte:	Naam van bank / bouvereniging
Wanneer het die pasiënt bewus geword van hierdie siekte?	Tipe rekening
Het die pasiënt al vantevore aan die siekte gely?	Tak
	Takkode
	<i>Indien bogenoemde bankbesonderhede verskil van u debietorder bankbesonderhede, dien asseblief 'n bankstaat of gekanselleerde tjek saam met u eisvorm in.</i>
8. VERKLARING EN BEMAGTIGING deur Polishouer of sy Regsteenwoordiger	
Ek verklaar dat die bankbesonderhede korrek is, by gebreke waarvan Chartis Life South Africa Beperk onthef word van alle aanspreeklikheid vir alle direkte verliese, verpligtinge, regsgedinge, geregtelike staape, koste, eise, vordering, heffings en uitgawes (met inbegrip van alle regs en professionele koste en betalings) ten opsigte daarvan.	
Ek aanvaar dat die my verantwoordelikheid is om Chartis Life South Africa Beperk in kennis te stel van enige veranderings in my bankbesonderhede, by gebreke waarvan Chartis Life South Africa Beperk geen aanspreeklikheid sal aanvaar vir veranderings wat nie meegedeel of nie betyds meegedeel is nie. Hiermee verklaar ek dat die inligting volgens my kennis en oortuiging, waar en volledig is, en magtig enige hospitaal, dokter of enige ander persoon, wat daartoe gemagtig is, om aan Chartis Life South Africa Beperk of hulle verteenwoordigers enige en alle inligting beskikbaar te stel met betrekking tot enige siekte of besering, mediese geskiedenis, konsultasie, voorskrif of mediese rekord. Ek verklaar dat 'n fotostaat of faksimile afskrif van hierdie magtiging beskou kan word as net so geldig en van krag as die oorspronklike.	
Datum _____	Handtekening _____

Hospitaal Bevestiging

LET WEL: HIERDIE GEDEELTE MOET NET DEUR DIE HOSPITAAL VOLTOOI WORD INDIEN DIT NIE MOONTLIK IS OM AFSKRIFTE VAN DIE HOSPITAALREKENINGE AAN TE HEG NIE. Die Polishouer is verantwoordelik vir enige fooie betaalbaar vir die voltooiing van hierdie verklaring.

BESONDERHEDE VAN HOSPITAAL	3. PERIODE VAN HOSPITALISASIE
Naam:	Datum opgeneem: Tyd:
Posadres:	Datum ontslaan: Tyd:
Kode:	Was die pasiënt opgeneem in intensiewe <input type="checkbox"/> of hoë-sorg eenheid? <input type="checkbox"/>
Fisiese address:	Datum opgeneem: Tyd:
Kode:	Datum ontslaan: Tyd:
Tel Nr.: Faks:	Datum opgeneem: Tyd:
	Datum ontslaan: Tyd:
1. PASIËNT	4.
Naam:	Handtekening: Datum:
	Naam:
2. REDE VIR HOSPITALISASIE	Hoedanigheid: Stempel