

# AANSOEK OM LIDMAATSKAP

Tel: 0860 787 372  
Faks: 0860 288 363  
Selfmed Mediese Skema  
Posbus 5543  
Tygervally 7536  
Reg. No: 1446

- Gebruik slegs swart ink.
- Vul hoofletters in die spasies in.
- Gebruik slegs een karakter per blokkie.
- Laat een blokkie oop tussen woorde.
- Waar nodig, merk blokkie duidelik met 'n X.

Lidnommer (kantoorgebruik alleenlik)

## A. BESONDERHEDE VAN DIE AANSOEKER

Van

Volle voorname

Voorletters

Titel

Heg asseblief 'n afskrif van die eerste bladsy van u identiteitsdokument aan.

ID/Paspoortnommer

Noemnaam

Huwelikstatus

Taal

Straatdres

Poskode

Posadres

Poskode

E-posadres

Telefoonnommer (h)

Telefoonnommer  
(w)

Selffoonnommer

Faksnommer

Voorkeur kommunikasiewyse

Telefoon

E-pos

SMS

Gewone pos

## B. BESONDERHEDE VAN TUSSENGANGER

Is u geakkrediteer by die Raad van Mediese Skemas?

Ja

Nee

Tussengangerkode

Akkreditasie-  
nommer

E-posadres

Indien u besonderhede verander het, of u nie binne die afgelope ses maande 'n saak ingedien het nie, vul asseblief die volgende gedeelte in:

Maatskappy

Naam en voorletters

Language E A

Van

Selffoonnommer

Faksnommer

Ek begryp dat kommissie aan my betaal sal word ooreenkomstig wetgewing.

Handtekening

Datum

### C. BESONDERHEDE VAN AFHANKLIKES

Voorsien asseblief afskrifte van alle ID dokumente en tersiëre instansie registrasie sertifikate. 'n Afskrif van 'n studentekaart is nie voldoende nie. Beëdigde verklarings sal vereis word ten opsigte van gemeenregtelike gades en metgeselle.

1	Van		
	Naam en voorletters		
	Identiteitsnommer	Geboorte-	
	Verwantskap met aansoeker	datum	
2	Van		
	Naam en voorletters		
	Identiteitsnommer	Geboorte-	
	Verwantskap met aansoeker	datum	
3	Van		
	Naam en voorletters		
	Identiteitsnommer	Geboorte-	
	Verwantskap met aansoeker	datum	
4	Van		
	Naam en voorletters		
	Identiteitsnommer	Geboorte-	
	Verwantskap met aansoeker	datum	
5	Van		
	Naam en voorletters		
	Identiteitsnommer	Geboorte-	
	Verwantskap met aansoeker	datum	

### D. VORIGE MEDIESE SKEMA GESKIEDENIS

Heg asb. kopieë van alle vorige mediese skema sertifikate aan. Afskrifte van vorige lidkaarte is nie voldoende nie.)

Moet u van mediese skema verander a.g.v. verandering van werkgewer? Yes No  
(Indien JA, voorsien asb. diensbeëindigingsbrief van werkgewer)

Verskaf asseblief besonderhede van alle mediese skemas waaraan u (of enige van u afhanklikes) al voorheen behoort het. Indien u nie volledige besonderhede van vorige lidmaatskap verstrek nie, kan wagperiodes en laataansluitingsboete gehef word. Die Skema behou die reg om gedokumenteerde bewys van lidmaatskap te versoek indien nodig.

	Skema se Naam	Lidnommer	Aansluitingsdatum	Datum van kansellasië	Rede vir kansellasië van lidmaatskap
Aansoeker					
Afhanklike 1					
Afhanklike 2					
Afhanklike 3					
Afhanklike 4					
Afhanklike 5					

## F. GESONDHEIDSVERKLARING

Mediese besonderhede van die aansoeker (en enige afhanklikes - uitgesluit 'n kind, wat binne 30 dae van geboortedatum, geregistreer word) Inligting moet asb. voorsien word ten opsigte van al onderstaande vrae. Dui u antwoorde met 'n "X" in die toepaslike blokkie aan en verskaf volle besonderhede hieronder. Alle vrae in hierdie afdeling is verpligtend. Indien alle vrae nie beantwoord word nie, sal aansoek as onvolledig beskou word.

Algemene Praktisyn se Naam

Algemene Praktisyn se Kontaknommer

Is u (of enige van u afhanklikes) **gedurende die afgelope 12 maande** gediagnoseer met, of het u behandeling of advies ontvang vir enige toestand, afwyking of siekte wat verband hou met een van die kategorieë hieronder gelys? Dui die spesifieke toestand aan deur dit te onderstreep. Let asseblief daarop dat hierdie nie 'n allesomvattende lys is nie. Indien u toestand dus nie deel vorm van enige van die voorbeelde genoem hieronder nie, is dit steeds nodig dat u verwysing daarna moet maak. Let wel: Alle medikasie moet aangedui word in hierdie aansoek vir lidmaatskap, ongeag die mediese fasiliteit deur wie die medikasie ontvang is bv. enige Staatsfasiliteit soos 'n daghospitaal of staatsklinieke, ens.

### Afdeling A: Maak van tabel op volgende blad gebruik vir verskaffing van besonderhede

A1	Hart, bloedvate of bloedvatstelsel	bv. Hartgeruis, hoë bloeddruk, borspyn, benoudheid, hartkloppings, koronêre trombose, defek van 'n hartklep, kortasem, beroerte, hoë cholesterol, krampe gedurende ligte oefening of stap, spatare, kardiaale onreëlmatighede, swel van bene, of beensere	J	N
A2	Asemhalingstelsel of longe	bv. Asma, tuberkulose (TB), chroniese bronchitis, long-ontsteking, aanhoudende hoes, uithoes van bloed, emfiseem/COLI of bronchospasma.	J	N
A3	Spysverteringstelsel of lewer	bv. Maagsere of duodenumsere, chroniese slegte spysvertering, geelsug, leweraandoening, Hepatitis B, rektale bloeding, verwante breuk, ulseratiewe kolitis, Crohn se Siekte, galstene, sooibrand, of aanhoudende abdominale pyn.	J	N
A4	Niere, blaas of geslagsorgane	bv. Nierstene, infeksies, bloed of proteïene in die urine, of moeite om urine te passeer.	J	N
A5	Senuweestelsel en sielkundige verstourings	bv. Depressie, anoreksie, angs of stresverwante siektes, senuweespanning, konvulsies, lighoofdigheid, psigologiese verstourings, veelvuldige sklerose, epilepsie, verlamming, breinskade, gereelde hoofpyne, migraine, Alzheimers.	J	N
A6	Oog, oor, neus, mond of keel	bv. Swak sig, gloukoom, retinitis pigmentosa, gehoorverlies, herhaaldelike oorinfeksies, balansversteuring, stemprobleme, heesheid, belemmerde spraak, allergieë, katarakte, chroniese sinusitus, strabismus, sere of infeksie van mond of tandvleis.	J	N
A7	Opties	Dra u of enige van u afhanklikes brille of kontaklense?	J	N
A8	Skelet, ruggraat, gewrigte, spiere of vel	bv. Rugpyn, verplasing van die rugwerwels of kussings, enige ander rug- of nekprobleme of operasies, artritis of artritiese pyn, chroniese jig, rumatiek, uitslag of toestande van die vel soos porfirie, psoriase, dermatitis, aknee - vulgaris of nodulêre sistiese, enige fisiese gestremdhede, enige behandeling deur chiropraktisyn, ekseem, of sciatica.	J	N
A9	Voortplantingstelsel	bv. Siste op die eierstokke, histerektomie, geslagsiektes, enige toestand van die serviks, knoppe in die bors, simptomatiese uitermatige vergroting van bors, prostatitis, testikulêre gewasse, endometriose, blaas of urologiese toestand, of vrugbaarheidsbehandeling.	J	N
A10	Tandheekkunde	bv. Swak sluiting van die kake, implantate, ortodontiese-, periodontiese- of mond-en kaakchirurgie.	J	N
A11	Tropiese of aansteeklike siektes	bv. Malaria, bilharzia, brucellose, bosluis-koors, tifose, MIV/VIGS, ens.	J	N

### Section B: Use table on next page to supply detail

B1	Is u (of enige van u afhanklikes) tans swanger? Indien wel, verskaf asseblief die verwagte kraamdatum _____ en aantal maande swanger _____. Ek neem kennis dat die Skema die reg het om my lidmaatskap te kanselleer indien 'n ondersoek bevestig dat 'n swangerskap gestasie van 6 - 8 weke of meer nie bekend gemaak was ten tyde van die ondertekening van die aansoek nie.	J	N
B2	Het u of enige van u afhanklikes al ooit kanker, groeisels, of ander gewasse van enige aard, of kliere (insl. Hodgkins se siekte) gehad in die laaste 12 maande?	J	N
B3	Het u of enige van u afhanklikes al ooit diabetes, suiker in die urine, leukemie, hemofilie, bloedingsiektes, bloedarmoede, milt-, skildklier- of ander klier- of bloedsiektes, en/of enige verwante endokriene siekte gehad in die laaste 12 maande?	J	N

B4	Het u of enige van u afhanklikes al ooit dialise vir nierversaking, gehad in die laaste 12 maande?	J	N
B5	Het u of enige van u afhanklikes gedurende die afgelope 12 maande enige spesiale toetse of ondersoeke soos die ondergaan volgende: EKG, X-strale, sonar, CT or MRI skanderings, of enige ander patologiese toetse (soos cholesteroltoetse)? Indien wel, gee volledige besonderhede oor uitslae.	J	N
B6	Neem u (of enige van u afhanklikes) tans enige voorgeskrewe medikasie?	J	N
B7	Ontvang u (of enige van u afhanklikes) behandeling vir 'n mediese of ander probleem?	J	N
B8	Beplan u of enige van u afhanklikes om, binne die volgende 12 maande, 'n chirurgiese prosedure te ondergaan?	J	N
B9	Is daar enige ander toestand of simptome, wat nie hierbo gemeld is nie, waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling aanbeveel of ontvang was, en wat potensieel 'n mediese eis tot gevolg kan hê gedurende die volgende 12 maande?	J	N

**Indien die antwoord op enige van die vrae in afdelings A en B "JA" is, verstrek asseblief volledige besonderhede hieronder omtrent die behandeling wat ontvang is:**

Vraag nommer	Naam van aansoeker (of afhanklike)	Aard van siekte, aandoening, abnormaliteit of behandeling aanbeveel/ontvang	Frekwensie en duur van siekte, aandoenings of behandelings met datums	Naam van medikasie
--------------	------------------------------------	---	---	--------------------

Handtekening

Datum

### G. BETALINGSBESONDERHEDE

Bydraebesonderhede (wat aan Selfmed betaal moet word)

Betaalwyse	Debietorder	Bydraeskedule
------------	-------------	---------------

Is die aansoeker die betaler van die bydraes?	Ja	Nee
---	----	-----

Tipe bydraebetaler?	Individu	Maatskappy
---------------------	----------	------------

Volle name van bydraebetaler

Identiteitsnommer van bydraebetaler (slegs individue)

Geboortedatum (slegs individue)

Adres van bydraebetaler

Poskode

Naam van bank

Tak

Takkode

Datum van eerste aftrekking 01/

Tipe rekening

Spaarrekening

Tjekrekening

Transmissierekening

Rekeningnummer

Ek / Ons gee hiermee toestemming aan Selfmed Mediese Skema (SELFMED) om betaling instruksies uit te reik vir insameling teen my / ons bogenoemde rekening by my / ons bogenoemde bank (of enige ander bank of tak waarheen ek / ons ons rekening sou oordra) op voorwaarde dat die som van sodanige betalingsinstruksie nooit my / ons verpligting sal oorskry soos ooreengekom in die Ooreenkoms nie, met aanvang en sal voortduur totdat hierdie Owerheid en Mandaat deur my / ons beëindig word, deur Selfmed Mediese Skema skriftelik van minstens een maand kennis te gee, per voorafbetaalde geregistreerde pos gestuur of afgelewer by Selfmed Mediese Skema adres soos hieronder aangedui.

Ek / Ons verstaan dat die onttrekkings hierby gemagtig word, verwerk word deur 'n gerekenariseerde stelsel wat deur die Banke van Suid Afrika voorsien word.

Ek / Ons verstaan ook dat besonderhede van elke onttrekking op my / ons bankstaat sal aangedui word. Hierdie state moet 'n nommer he wat in die genoemde betaalinstruksie ingesluit word en aan my / ons voorsien word om my / ons in staat te stel om die Ooreenkoms te identifiseer. Hierdie nommer moet by hierdie vorm gevoeg word voor die uitreiking van enige betaalinstruksie.

Ek / Ons erken dat alle betaalinstruksies wat deur Selfmed Mediese Skema uitgereik word, deur my / ons bogenoemde bank behandel sal word asof die instruksies persoonlik deur my / ons uitgereik is.

Ek / Ons erken dat alhoewel hierdie Owerheid en Mandaat deur my / ons gekanselleer kan word, dat sodanige kansellering nie die ooreenkoms kanselleer nie. Ek / Ons sal nie geregtig wees op enige terugbetaling van bedrae wat Selfmed Mediese Skema onttrek het terwyl hierdie Owerheid van krag was, indien sodanige bedrae wettig aan Selfmed Mediese Skema verskuldig was.

Ek / Ons erken dat hierdie Owerheid gesedeer of aan 'n derde party toegewys kan word indien die Ooreenkoms ook gesedeer of toegewys is aan daardie derde party, maar by gebreke van so 'n opdrag van die Ooreenkoms, kan hierdie Owerheid en Mandaat nie aan 'n derde party toegeken word nie. In illustrasie, 'n voorbeeld van die Ooreenkomsverwysingsnommer wat die premie betaler in staat sal stel om die Ooreenkoms te identifiseer, is soos volg:

SELFMED 49000368725 - Die Ooreenkomsverwysingsnommer sal aan die bydraebetaler met registrasie en uitreiking van lidmaatskapnomm gekommunikeer word

Alle navrae moet verwys word na:

Selfmed Mediese Skema  
Southgate Office Park  
Eerste Vloer Suid  
Carl Cronje Rylaan  
Southgate  
Tyger Waterfront  
Bellville  
7530

021 943 2300  
expert@selfmed.co.za

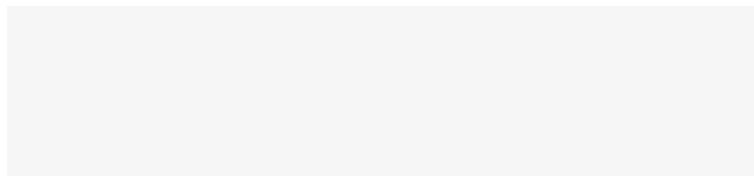
Magtiging verleen vir aftrekking(s):

Handtekening (bydraebetaler)

Datum onderteken

OF: Indien gesamentlike of maatskappy bankrekening moet ten minste 2 persone met tekenregte die volgende debietorder onderteken:

Stempel:  
Maatskappy  
(indien van  
toepassing)



Datum gestempel

1<sup>ste</sup> handtekening

Gemagtigde hoedanigheid

Datum

2<sup>de</sup> handtekening

Gemagtigde hoedanigheid

Datum

NOTA: Gaan asseblief alle besonderhede na en heg ondersteunende dokumentasie, bv. gekanselleerde tjek, afskrif van bankstaat ens., aan. Indien u 'n rekening te enige tyd oordra, of u bankbesonderhede verander, moet u Selfmed onmiddellik daarvan verwittig.

**G. BANKBESONDERHEDE VIR TERUGBETALINGS VAN VOORDELE (WAT SELFMED AAN U VERSKULDIG IS)**

Volle name van Rekeninghouer

Naam van bank

Tak

Takkode

Tipe rekening

Spaarrekening

Tjekrekening

Transmissierekening

Rekeningnommer

Ek versoek en magtig u hiermee om krediete van enige Mediese Skema-voordele aan my in bogenoemde rekening te betaal. Indien u 'n rekening te enige tyd oordra, of u bankbesonderhede verander, moet u Selfmed onmiddellik daarvan verwittig.

*NB: Gaan asseblief alle besonderhede na en heg ondersteunende dokumentasie, bv. gekanselleerde tjek, afskrif van bankstaat ens., aan.*

Handtekening

Datum

## H. VERKLARING DEUR AANSOEKER

Ek, die ondergetekende, doen aansoek om die lidmaatskap soos in hierdie aansoek uiteengesit ten opsigte van myself (en die registrasie van my afhanklikes).

Ek neem kennis dat hierdie slegs 'n aansoek om lidmaatskap en ek (en my afhanklikes) nie as lid/lede van Selfmed beskou sal word voor ek nie geskrewe bevestiging van lidmaatskap ontvang het nie.

Die Skema, of sy agente mag van tyd tot tyd die volgende doen ten opsigte van my (en enige van my afhanklikes):

- Enige mediese en medies-verwante inligting wat relevant is om hierdie aansoek te oorweeg, en eisverwante voordele vir my (en enige van my afhanklikes vir wie hierdie aansoek aanvaar word), versoek en ontvang. Sodanige inligting kan verkry word van enige gesondheidsorgverskaffer of gesondheidsorgfasiliteit
- Enige mediese en medies-verwante inligting van enige gesondheidsorgverskaffer of gesondheidsorgfasiliteit aan die Skema se gekontrakteerde gesondheidsorgbestuursmaatskappy kommunikeer. Die doel van hierdie uitruiling is om te verseker dat die mees kostedoeltreffende mediesesorgvoordele van 'n hoë gehalte vir alle lede van die Skema verkry word

Ek erken en aanvaar voorts dat, sodra ek skriftelike bevestiging omtrent my lidmaatskap van die Skema ontvang het, die Skema en/of sy agente van tyd tot tyd, sonder kennisgewing aan my, die volgende mag doen ten opsigte van my (en enige van my afhanklikes):

- ondersoeke uitvoer ten opsigte van enige eis ingedien deur of ten behoeve van my of my afhanklikes;
- mediese ondersoeke van enige aard van tyd tot tyd uitvoer ten opsigte van my of my afhanklikes se mediese geskiedenis en/of huidige mediese toestand, insluitende maar nie beperk tot afskrifte aanvra van my of my afhanklikes se vorige mediese rekords, inligting aangaande my of my afhanklikes se mediese geskiedenis uitslae of enige ander mediese toetse en ondersoeke;
- aan my of my afhanklikes opdrag gee om enige mediese toetse en ondersoeke te ondergaan, soos nodig geag deur die Skema of sy agente as noodsaaklike deel van sodanige ondersoeke;
- toegang kry tot enige/alle uitslae van sulke toetse en ondersoeke wat uitgevoer is op versoek van die Skema of sy agente, sonder my toestemming; en
- versoek dat ek afskrifte van al my en my afhanklikes se mediese rekords en enige inligting aangaande my of hul mediese geskiedenis asook enige uitslae van mediese toetse en ondersoeke, onmiddellik voorsien aan die Skema of sy agente, indien versoek

Deur middel van my handtekening hieronder gee ek uitdruklik toestemming aan die Skema om alles nodig te doen ten einde bogenoemde ondersoeke uit te voer.

Ek gee ook toestemming dat die verlangde inligting kan versoek word, gekommunikeer word en te eniger tyd ontvang word. Dit kan selfs na my dood (of dié van enige van my afhanklikes) wees

Ek waarborg dat die inligting in hierdie aansoek, hetsy of dit in my eie handskrif is of nie en volgens my kennis volledig en korrek is. Indien enige inligting nie volledig of korrek is nie, kan die Skema my lidmaatskap ten volle kanselleer. Die Skema kan ook my lidmaatskap ten volle kanselleer indien daar onvolledige of foutiewe inligting oor enige van die afhanklikes is. Anders kan die Skema die registrasie van die afhanklike met betrekking tot wie die inligting onvolledig of foutief was, kanselleer. Indien my lidmaatskap ten volle gekanselleer word, sal ek ook voordele wat aan my en my afhanklikes uitbetaal is, aan die Skema terugbetaal. Indien 'n afhanklike van my lidmaatskap verwyder word, sal ek al die voordele wat ten opsigte van sodanige afhanklike betaal is, terugbetaal. Die Skema sal bydraes terugbetaal.

Ek onderneem om Selfmed in kennis te stel van enige verandering in my (of enige van my afhanklikes) se gesondheidstoestand wat voor intreedatum plaasvind. Indien enige van die mediese besonderhede wat ek in hierdie aansoek verstrek voor die aanvang van my lidmaatskap verander, kan die Skema my aansoek heroorweeg. Die Skema kan na eie goeddunke en selfs ná die aanvang van my lidmaatskap, die volle aansoek heroorweeg, of slegs dié van 'n sekere afhanklike. Indien dit die geval is, sal die voorwaardes soos in hierdie verklaring uiteengesit word, van toepassing wees. Ek begryp dat die verhouding tussen my (en enige van my afhanklikes) en die Skema beheer word deur die reëls van die Skema.

Ek onderneem om op hoogte te bly van (en te sorg dat my afhanklikes op hoogte bly van) die reëls van die Skema, asook die veranderinge wat van tyd tot tyd aan die reëls aangebring word. In geval ek, of enige van my afhanklikes, persoonlike beserings opdoen ingevolge waarvan ek 'n eis teen die Padongelukkefonds ("POF") het, onderneem ek, ooreenkomstig die reëls van die Skema, om die Skema by te staan, deur binne die voorgeskrewe tydperk en op die voorgeskrewe wyse 'n eis teen die POF in te stel, en by ontvangs van enige betaling van die POF die Skema terug te betaal. Ek onderneem om die Skema een (1) kalendermaand vooraf kennisgewing te gee indien ek sou besluit om my lidmaatskap of 'n afhanklike te kanselleer.

Ek verstaan dat indien bydraes vir enige rede hoegenaamd nie betaal is nie, sal ek die Skema terugbetaal vir enige eise wat deur die Skema betaal word in die tydperk waarin genoemde bydraes onbetaal is.

Ek bevestig ook dat ek die tussenganger soos in hierdie aansoek genoem, as my gesondheidsorgkonsultant aangestel het. Hierdie gesondheidsorgkonsultant of enige ander gesondheidsorgkonsultant wat deur my aangestel word, kan ook die Skema versoek om enige inligting oor my lidmaatskap en eiserekord of dié van enige van my afhanklikes te verstrek.