

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

BEËDIGDE VERKLARING

RAKENDE (TEN OPSIGTE VAN) VORIGE MEDIESE SKEMA GESKIEDENIS



Ek, (volle naam) _____

met indentiteitsnommer _____

en Gade/afhanklike (volle naam) _____

met indentiteitsnommer _____

verklaar hiermee dat ek 'n lid/afhanklike was van die volgende mediese skemas vir die periodes aangedui:

| Naam van Mediese skema | Registreer vanaf Tot | Naam van werkgewer (indien van toepassing) | In diens vanaf Tot |
|------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ek verklaar dat bogenoemde inligting volgens my kennis volledig en korrek is. Ek verklaar verder dat ek nie die nodige dokumente kon bekom rakende my vorige geloofwaardige dekking nie. En onderneem verder om Selfmed Mediese Skema te voorsien van die nodige dokumentasie in my besit om my verklaring te staaf.

Geteken op _____ (dag) van _____ (maand) 2018 te _____

Handtekening van Aansoeker

KOMMISSARIS VAN EDE STAMP HIER

KOMMISSARIS VAN EDE

In die geval waar bewys van vorige mediese skema dekking nie verskaf word nie sal die Aansoeker verplig word om hierdie verklaring te sertifiseer deur 'n Kommissaris van Ede.