

AANSOEK OM GROEPLIDMAATSKAP



Belangrik: Skryf asseblief duidelik deur hoofletters en drukskrif te gebruik. Dit is verpligtend om velde gemerk met * te voltooi.

SLEGS VIR ADMINISTRATIEWE GEBRUIK

Lidnommer	<input type="text"/>	Groep	<input type="text"/>	Betaalpunt	<input type="text"/>
Uitwisseling	<input type="text"/>				
Werknemerbesonderhede	<input type="text"/>				
Naam van Werkgewer	<input type="text"/>	Telefoonnommer	KODE	<input type="text"/>	
Postal Address	<input type="text"/>	E-posadres	<input type="text"/>		

AFDELING 1 Keuse van plan / opsie • Dui keuse met 'n 'X' in die toepaslike blok

Nuwe lid Nuwe eggenoot/-note / Bykomende afhanklike Pasgebore baba

GROEP: DIE BESKRYWING WAT HIERONDER GEGEE WORD SAL DIE GROEP WERKNEMERS MET DIESELFDE VOORDEELKEUSE VERTEENWOORDIG, BV. BESTUURDERS

Kategoriebeskrywing Aansoeker se groep

Status van aansoeker Aftree-ouderdom

Toetrede tot skema vanaf

<input type="checkbox"/> PLATINUM COMPLETE	<input type="checkbox"/> GOLD COMPLETE	<input type="checkbox"/> PLATINUM PLUS	<input type="checkbox"/> GOLD PLUS
<input type="checkbox"/> PLATINUM FOCUS	<input type="checkbox"/> GOLD FOCUS	<input type="checkbox"/> SILVER CORPORATE NETWORK	<input type="checkbox"/> SILVER FOCUS

Neem asseblief kennis dat Silwer-opsies aan salarisskale gekoppel is en u verplig is om 'n bewys van inkomste saam met die vorm te verskaf.

Silver Focus	<input type="checkbox"/> < R5 500	<input type="checkbox"/> >R5 500		
Silver Corporate Network	<input type="checkbox"/> < R3 800	<input type="checkbox"/> R3 801 - R5 500	<input type="checkbox"/> R5 501 - R8 000	<input type="checkbox"/> > R8 000

Betalings vanuit Mediese Spaarfasiliteit (MSF) vir dag-tot-dag eise

Bybedrae (die verskil tussen die Liberty Health Mediese Skema se terugbetalingstarief en die bedrag wat deur 'n gesondheidsorgverskaffer gevra is), sowel as eisbedrae wat voordeelsubperke vir dag-tot-dag eise oorskry, sal automaties vereffen word vanuit 'n positiewe saldo in u Mediese Spaarfasiliteit. Slegs die Liberty Health Mediese Skema tarief sal ophoop tot u Drempelvlak. Dít mag u Drempelvoordeel beïnvloed en 'n hoër Selfbetalingsgaping tot gevolg hê

Bydraes tot Mediese Spaarfasiliteit

Slegs die volgende opsies se totale bydraes sluit 'n spaarfasiliteit in:

Platinum Complete	15%
Gold Complete	15%
Platinum Plus	10%
Gold Plus	15%

AFDELING 2 Besonderhede van Hooflid • Laat asseblief gaping tussen name

Van* _____

Nooiensvan (indien van toepassing)* _____

Titel* _____ Voornaam/-name* _____

Voorletters* _____

Geslag* M V Huwelikstaat* ONGETROUD GETROUD GESKEI WEWENAAR/WEDUWEE GEMENE REG

SA ID/paspoortnommer* _____ Geboortedatum

Telefoon(Huis)* K O D E (Werk)* K O D E

Faks K O D E Sel* _____

E-pos _____

Posadres* _____

_____ Poskode _____

Straatadres * Selfde as posadres YES NO indien NEE _____

_____ Postkode _____

Datum van indiensneming

Voorgestelde dag van toetrede

Let wel: Terugdatering word nie toegelaat nie

AFDELING 3 Vorige Mediese Skema Lidmaatskap

VERSKAF ASSEBLIEF BESONDERHEDE VAN VORIGE MEDIESE SKEMA LIDMAATSKAP

Heg asseblief Lidmaatskapsertifikate aan. Lidmaatskapkaarte of afskrifte daarvan sal nie aanvaar word nie. Indien nie aangeheg nie, mag die Laat Aansluitingsboete van toepassing wees.

Naam/name van Vorige Mediese Skema/s	Lidmaatskapnommer	Lidmaatskapperiode	
		Datum Aangesluit	Datum Verlaat
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

AFDELING 4 Afhanklikes wat geregistreer moet word

- U is verplig om afskrifte te voorsien van stawende dokumente, byvoorbeeld Identifikasie, Geboortesertifikaat/-kate, Huweliksertifikaat, Wettige Aanneming of Pleegsorg hofbevel dokumente, ens. wanneer u aansoek doen vir die registrasie van afhanklikes. Sluit asseblief 'n motiveringsbrief/Beëdigde Verklaring in vir 'n huweliksmat, verloofde, gemeneregman/-vrou en ander spesiale afhanklikes.
- Geen paspoortnommers word aanvaar vir Suid-Afrikaanse burgers nie.
- Indien afhanklikes voltydse studente is, verskaf asseblief 'n bewys van registrasie.
- Die toestaan van lidmaatskap aan 'n afhanklike is streng onderhewig aan die reëls en goedkeuring van die skema.

1	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

2	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

3	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

4	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

5	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

6	Volwassene <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>
Titel	_____	Voorletters _____
Van	_____	
Voornaam/-name	_____	
Verband met lid	_____	
ID-nommer of paspoortnommer (Verskaf asb. afskrif van ID of paspoort)	_____	
Geboortedatum	Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Huwelikstaat	_____	

Indien die straat- of posadres vir enige van die afhanklikes verskil van die hooflid s'n, voltooi asseblief die volgende:

Afhanklike no
Posadres _____
Straatadres _____

Afhanklike no
Posadres _____
Straatadres _____

HET U OF U EGGENOOT/-NOTE OF ENIGE VAN U AFHANKLIKES AL OOIT ENIGE VAN DIE VOLGENDE TOESTANDE ONDERVIND GEDURENDE DIE AFGELOPE 12 MAANDE?

		ANTWOORD	
		JA	NEE
1. Hart & Sirkulasie	Hartpyne/Angina; Hartaanval; Hartversaking; Hartklepdefekte; Sinkingkoors; Hoë Bloeddruk (Hipertensie); Hoë Cholesterol; Hartmurmels; Sirkulasieprobleme/-kwale; Spatare; Diepaartrombose of enige ander hart of sirkulasieprobleme	JA	NEE
2. Asemhaling & Asemhaling stelsel	Asma; Moeilik asemhaal; Brongitale krampe; Tuberkulose (TB); Bloed ophoes; Emfiseem; Longontsteking; Sistiese Fibrose; Ftisis (Myntering); Kroniese Bronchitis; Kort van Asem of enige ander asemhalingsprobleme	JA	NEE
3. Blaas & niere	Bloed in Urine; Nierversaking, Veelsistiese Niere; Nier- of Blaasinfeksies; Nierverwydering (Nefriktomie); Nierstene; Abnormale Nier- of Urinetoetse of enige ander blaas- of nierprobleme	JA	NEE
4. Voortplantingsorgane	Endometriose; Onvrugbaarheid; Ovariale Sist; Histerektomie; Abnormale Papsmere; Laserbehandeling; Serviks- en Borsbiopsies; Fibro-adenosis van die Bors; Laparoskopies; Ontvang Hormoonvervangings terapie; Prostaatinfeksies of -chirurgie; Prostaatvergroting of enige ander voortplantingsprobleme	JA	NEE
5. Spysverteringstelsel	Duodenale Sweer; Maagsweer; Peptiese Sweer; Hiaatbreuk; Dikdermprobleme; Crohn-siekte; Versweerde Kolitis; Galblaasprobleme; Lewerprobleme of enige ander spysverteringstelselprobleme	JA	NEE
6. Oor, neus & keel	Doofheid; Oorinfeksie; Sinusprobleme; Neuschirurgie; Keelchirurgie; Ortodontiese werk; Tandechirurgie; Spraakgebreke; Haaslip; Gesplete Verhemelte of enige ander neus of keelprobleme	JA	NEE
7. Oë	Blindheid (gedeeltelik of ten volle); Oogchirurgie; Lensinplantings; Katarakte; Gloukoom; Retinitis Pigmentose; Retinalelosmaking; Gebreke van Sig of enige ander oog- of gesigsprobleme	JA	NEE
8. Endokriene	Diabetes ("Hoë Bloedsuiker"); Onderaktiewe Skildklier; Ooraktiewe Skildklier; Skildklierchirurgie; Cushing-sindroom; Addison-siekte; Slymklierprobleme of enige ander klierprobleme	JA	NEE
9. Rug & spiere	Nek- of Rugprobleme of -operasies; Gereelde Rugpyn; Osteoporosis; Ankiloserende Spondylitis; Rumatoïede Artritis; Osteo-artritis; Paget-siekte of enige ander been- of skeletkwale	JA	NEE
10. Neurologie	Epilepsie; Beroerte; Skeelhoofpyn; Breinbeserings; Ruggraatbeserings; Verlamming; Serebrale Verlamming; Veelvuldige Sklerose, Verstandelike gestremdheid; Narkolepsie; Motorneuronsiekte; Parkinson se Siekte; Alzheimer-sindroom of enige ander neurologiese probleme	JA	NEE
11. Sielkundig	Depressie; Angs; Psigose; Poging tot Selfmoord; Bipolêre Gemoedsversteuring; Maniese Depressie; "Stres"; Skisofrenie; Tourette-sindroom; Anorexia Nervosa; Advies of Berading ontvang of gehospitaliseer vir Alkohol- of Dwelmmisbruik; Aandagafwykingsindroom; Bulemie of enige ander sielkundige probleme	JA	NEE
12. Gewasse & groeisels	Nie-kwaadaardige en Kwaadaardige Groeisels of Knoppe of Gewasse insluitend: Velkanker, Limfklierkanker, Leukemie en borskanker of enige ander gewasse, groeisels en kankers	JA	NEE
13. Bloed	Bloed- of bloedingskwale bv. Hemofilie; Kersfeesfaktorafwyking; Plaatjie of enige ander bloedstollingskwale	JA	NEE

		ANTWOORD	
		JA	NEE
14. Vel	Ekseem; Aknee; Dermatormiosites; Pemfigus; Soriase; Skleroderma of enige ander velkwale	JA	NEE
15. Siektes wat seksueel oorgedra word	Advies, behandeling of berading vir enige van die volgende: MIV/VIGS; Sifilis; Gonorrhoe; Herpes; Geslagswre; Aansteeklike Bekkensiekte; Geslagsvrate; Hepatitis B of enige ander seksueel oordraagbare siektes of kwale	JA	NEE
16. Hospitalisasie	Is jy, jou eggenoot/-note of enige van jou afhanklikes gedurende die afgelope vyf (5) jaar gehospitaliseer?	JA	NEE
17. Swangerskap	Is jy / jou eggenote / of enige van jou afhanklikes tans swanger? Indien u "JA" antwoord op hierdie vraag, wat is die verwagte datum vir die bevaling?	JA	NEE
		D D M M	J J J J

Indien u "JA" geantwoord het op enige van die vrae hierbo – verskaf asseblief volledige besonderhede in die spasie hieronder. Vrae is van toepassing op die Aansoeker en alle afhanklikes.

Vraag Nommer	Naam van persoon wat ly aan die toestand	Aard en duur van die toestand of simptome – Datum van Diagnose	Datum waarop simptome die laaste keer ondervind is	Presiese datums van behandeling/ hospitalisasie	Naam/name van medikasie/ behandeling en die maandelikse koste daarvan

Aansoeker se handtekening _____ Datum _____

AFDELING 6 Bankbesonderhede van hooflid • Oordragings kan nie na en van kredietkaartrekeninge gemaak word nie

“Ek gee opdrag aan Medscheme om elektronies bydraes in te vorder en om eise en spaarfondse te deponer, via die ACB elektroniese stelsel, deur gebruik te maak van die inligting hieronder verskaf. Ek verstaan dat oordragings nie na en van kredietkaartrekeninge gedoen kan word nie. Ek magtig Medscheme ook onherroeplik om enige foutiewe transaksies om te swaai en/of enige oordrag van elektroniese fondse te korreger sonder voorafgaande kennis.”

- Gebruik hierdie rekening vir ALLE transaksies: debietorder instruksie om bydraes in te vorder asook om eisterugbetalings te deponer
- Gebruik hierdie rekening net vir die invordering van debietorder bydraes

Naam van bank _____

Taknaam _____ Takkode _____

Rekening tipe

Naam van rekeninghouer _____

Rekeningnommer _____

Rekeninghouer se handtekening _____ Datum

- Gebruik hierdie rekening net vir spaarfonds-/eisterugbetalings

Naam van bank _____

Taknaam _____ Takkode _____

Rekening tipe

Naam van rekeninghouer _____

Rekeningnommer _____

Rekeninghouer se handtekening _____ Datum

AFDELING 7 Verklaring deur hooflid

1. Ek, die ondergetekende, doen hiermee aansoek namens myself en my afhanklikes om aan te sluit by die Liberty Mediese Skema (die Skema) en verklaar dat hierdie aansoek en verklarings, tesame met die stellings wat deur my gemaak is, of dit in my handskrif is of nie, waar en korrek is. Ek stem ook daartoe in dat hierdie stellings, tesame met enige vorms, verslae of ander inligting wat deur my of namens my deur 'n ander party voltooi of verskaf is, die basis van hierdie kontrak sal vorm.
2. Ek stem daartoe in dat ek gebind is deur en onderworpe is aan die Skema se reëls, standaard terme, voorwaardes en enige reëls wat gewoonlik deur Liberty Mediese Skema gebruik word vir die tipe voordele waarvoor ek aansoek gedoen het. Ek stem ook daartoe in dat Liberty Mediese Skema geensins gebind sal wees deur enige voorstellings of ondernemings wat gemaak is of gegee is deur enige persoon of agent nie, behalwe vir die bepalings wat vervat is in die geregistreerde reëls van die Skema.
3. Daar word verder ooreengekom en verstaan dat, ondanks enige stellings wat tot die teendeel deur enige persoon gemaak is, lidmaatskap nie sal begin nie en Liberty Mediese Skema geen aanspreeklikheid aanvaar as gevolg van hierdie aansoek nie (volledig voltooi met stawende dokumente aangeheg), tensy en totdat die eerste bydrae betaal is en deur Liberty Mediese Skema ontvang is en Liberty Mediese Skema 'n uitdruklike geskrewe kennisgewing van aanvaarding van die risiko gegee het.
4. Ek magtig onherroeplik enige mediese praktisyn, hospitaal, mediese instelling of enige ander persoon om inligting wat verband mag hou met my, of my afhanklikes, se gewese of toekomstige beroep en fisiese of verstandelike gesondheid, insluitende die resultate van enige toetse, aan Liberty Mediese Skema, hulle administrateur of bestuurde gesondheidsorgagent te openbaar. Ek stem ook daartoe in dat hierdie magtiging van krag sal bly na my/of hulle dood.
5. Ek vrywaar Liberty Mediese Skema en hulle trustees, agente en administrateurs van enige eis, van welke aard ookal, wat dalk teen hulle gemaak kan word as gevolg van of voortspruitend uit die openbaarmaking van enige toetsresultate of mediese inligting.
6. Ek aanvaar verder dat die bepalings van enige vorige verklaring wat gemaak is met betrekking tot die Skema deur my gelees en verstaan is en dat dit mutatis mutandis van toepassing is op, en deel vorm van, hierdie aansoek.
7. Ek aanvaar dat wagtydperke of laat aansluitingsboetes van toepassing mag wees, gebaseer op die bewys van vorige mediese skema lidmaatskap soos deur my verskaf, soos voorsien deur die Wet op Mediese Skemas (Wet No. 131 van 1998).
8. Ek erken dat dit my verantwoordelikheid bly om te versker dat die maandelikse premie, of ander uitstaande bedrae, deur die Skema ontvang word.
9. Ek aanvaar dat Liberty Mediese Skema die reg het om van tyd tot tyd maandelikse bydraes en voordele te wysig.
10. Ek magtig Liberty Mediese Skema om my salaris of bankrekening te debiteer met enige bydraes of enige ander bedrae wat ek dalk mag skuld ingevolge die Skema Reëls.
11. Ek magtig hiermee die Skema om my bank te kontak indien dit vir hulle sou nodig wees om enige van my bankbesonderhede te bevestig.
12. Ek aanvaar dat indien bydraes of enige ander uitstaande bedrae onbetaald is, dit kan lei tot die opskorting van my en my afhanklikes se voordele en indien dit onbetaald bly, dat die Skema my lidmaatskap kan beëindig. Ek aanvaar ook dat ek verantwoordelik sal wees vir die regsonkoste wat gepaard gaan met die invordering van agterstallige gelde.
13. Ek onderneem om die Skema spoedig in kennis te stel van enige veranderinge in die gezondheidstatus van myself, en enige van my afhanklikes, wat plaasvind voordat ek aanvaarding ontvang vir hierdie aansoek. Ek aanvaar dat versuim of dit te doen daartoe kan lei dat die Skema die basis van my lidmaatskapaansoek in heroerweging neem.
14. Ek gee die versekering dat die inligting wat ek verskaf het rakende myself en my afhanklikes waar, korrek en volledig is en dat ek geen wesenlike feite verswyg, weerhou of verdraai het nie. Sou daar enige nie-openbaarmaking of wesenlike wanvoorstellings wees, aanvaar ek dat my lidmaatskap beëindig kan word en dat ek my bydraes tot die Skema sal verbeur. Liberty Mediese Skema het ook die reg om skade te eis met betrekking tot enige verliese of skade wat hulle mag ly as gevolg van my nie-openbaarmaking of wanvoorstelling.
15. Ek verklaar dat ek geen wesenlike feit weerhou, verdraai of verswyg het nie en dat ek alle wesenlike feite sal openbaar maak voor die aanvaarding van die risiko. Ek stem ook daartoe in dat enige wanvoorstelling en/of weglating van enige wesenlike inligting my lidmaatskap van nul en gener waarde sal maak, en in so 'n geval sal enige gelde wat daarvoor betaal is verbeur word.
16. Ek erken hiermee dat enige krediet wat deur Liberty Mediese Skema aan myself of my afhanklikes toegestaan is tydens ons lidmaatskap van die Liberty Mediese Skema, onmiddelik ten volle terugbetaal moet word met die beëindiging van my lidmaatskap. Ek erken ook dat rente gehef mag word op enige bedrag wat verskuldig is en geskuld word aan Liberty Mediese Skema.
17. Ek verstaan dat Liberty Mediese Skema 'n geskrewe kennisgewing rakende veranderinge aan hulle Reëls aan my eposadres mag stuur, of indien dit onsuksesvol is, aan my makelaar se eposadres, soos deur my makelaar verskaf.
18. Ek verklaar dat ek en my afhanklikes permanent woonagtig is in Suid-Afrika.
19. Ek stem daartoe in dat my telefoongesprekke met Liberty Mediese Skema opgeneem mag word en mag deel vorm van die Skema se rekords. Ek stem ook daartoe in dat sulke rekords die alleeneiendom sal bly van Liberty Mediese Skema.
20. Ek verstaan dat indien enige bykomende inligting wat deur die Skema verlang word nie deur hulle ontvang word binne 14 dae nie, die Skema die reg het om die aansoek op te skort.
21. Ek stem in tot die gebruik van al die kontakbesonderhede verskaf in Afdeling 2 van hierdie aansoek deur Liberty Mediese Skema, of enige aangestelde agent/e van die Skema, om aan my inligting te stuur van enige aard (vertroulik of andersins).
22. Ek erken verder dat by die beëindiging van my lidmaatskap, sal enige bedrae verskuldig aan die Skema afgetrek word van enige bedrae wat deur my Werkgewer aan my verskuldig is. Om hierdie rede gee ek toestemming aan Liberty Mediese Skema om my Werkgewer in kennis te stel van enige bedrae verskuldig aan die Skema waar van toepassing.
23. Ek stel hiermee die finansiële adviseur wat hierdie aansoek namens my ingedien het, aan as my genomineerde finansiële adviseur.

Geteken by _____ op hierdie _____ dag van _____ 20 ____

Handtekening van aansoeker _____

Wergewerstempel

AFDELING 8 **Moet voltooi word deur Finansiële Adviseur (tussenganger)**

Finansiële Adviseur se Kommissiekode

Is jy geakkrediteer deur die Raad vir Mediese Skemas? JA NEE

Deel van Kommissie (%) _____

Indien "JA" verskaf asseblief Akkreditasienommer _____ Datum geakkrediteer _____

Taknaam _____ Selnommer _____

Kantoor Tel. nommer _____ Ander kontaknommer _____

E-posadres _____

Sekondêre e-posadres (bv. Makelaarkonsultant) _____

Bykomende instruksies deur finansiële adviseur (tussenganger) aan Liberty Health Mediese skema administrasie

Finansiële Adviseur se Handtekening

Datum