

Registrasie van my afhanklike(s)



Navrae: 086 0100 678

Faks: 012 336 9534 E-pos: newbusiness@medihelp.co.za

Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007

www.medihelp.co.za

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kantoorstempel van werkgever

--

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

1. Voltooi asseblief in drukskrif in swart ink en e-pos, faks of pos al die bladsye van die vorm aan Medihelp.
2. Voltooi asseblief alle afdelings volledig en onderteken die aansoekvorm.
3. Moet onder geen omstandighede 'n onvoltooide aansoekvorm onderteken nie.

1. Besonderhede van lid

Lidnommer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Voorletters _____ Titel

Mnr	Mev	Me	Ander (spesifiseer)
-----	-----	----	---------------------

Voorname _____

Van _____

Selnommer _____ Tel No. (W) Kode _____ No. _____

Tel No. (H) Kode _____ No. _____

E-posadres _____

Huwelikstatus

Getroud binne gemeenskap van goedere	Getroud buite gemeenskap van goedere	Enkel	Geskei	Weduwee	Wewenaar	Ander (spesifiseer)
--------------------------------------	--------------------------------------	-------	--------	---------	----------	---------------------

Huweliksdatum

j	j	j	j	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

2. Datum waarop my afhanklike(s) geregistreer moet word

2	0	j	j	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Besonderhede van afhanklike(s) wat ek wil registreer

Die volgende afhanklikes van 'n lid mag geregistreer word:

- Gade/gesel.
- Vader/moeder/broers/susters/kleinkinders van die lid en vir wie die lid finansiële sorg (LET WEL: hierdie afhanklike(s) van die gesel/gade kan nie as afhanklike(s) van die lid geregistreer word nie, en kleinkinders van die lid betaal dieselfde ledegeld soos vir volwasse afhanklikes, tensy wetlik aangeneem).
- Afhanklike eie kinders (van die lid en die gade/gesel).
- Afhanklike stiefkinders (van die lid en die gade/gesel).
- Aangenome kinders/pleegkinders/kinders in tydelike veilige bewaring/kinders wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms (van die lid en die gade/gesel). Amptelike bewys van die Hof/klerk van die Hof/aangewese maatskaplike werker moet gelewer word ingevolge die vasgestelde kriteria wat deur Medihelp bepaal word – pleegkinders en kinders in tydelike veilige bewaring mag volgens wetgewing slegs tot die ouderdom van 21 jaar as afhanklike(s) geregistreer word.
- In die geval van afhanklike(s) wat nie Suid-Afrikaanse burgers is nie, moet 'n afskrif van hul paspoort saam met die voltooide aansoekvorm ingedien word.

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Geslag

Manlik	Vroulik
--------	---------

Geboortedatum

j	j	j	j	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

 Selnommer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

5. Mediese vraelys

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

1. Spier- en skelet-/beenstelsel, brein-, sensuwee- en veltoestand (bv. rug- en nekprobleme, insluitend beserings, osteoartritis, rumatoïede artritis, jigg, meervoudige sklerose, heup- en knieprobleme, osteoporose, dermatitis, beroerte, epilepsie, verlamming, tremor)?

Dui met 'n "X" aan	
Ja	Nee

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

2. Gastro-intestinale stelsel (bv. gastro-esofageale refluks, sooibrand, maagseer, Crohn-siekte, ulseratiewe kolitis, divertikulitis, spastiese dikderm, lewertoestande, breuke, aambeie)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

3. Urienwegstelsel en/of geslagsorgane (bv. nierstene, nierversaking, dialise, prostaatafwykings, endometriose, ovariumsiste, menstruele afwykings, pelvisse inflammatoriese toestande, miskrame)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

4. Chroniese siekte (bv. verhoogde cholesterol, borskaspyne, hartsiektes, pasaangeër, diabetes, hoë bloeddruk, asma, brongitis, obstruktiwiese longsiekte, emfiseem, sistemiese lupus eritematose, skildklier, porfirie)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

5. Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

5. Is enige vroulike bevoorreepte op hierdie aansoekvorm aangedui tans swanger, of vermoed u swangerskap?

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6. Bloedtoestande-/afwykings en/of enige tipe kanker (bv. hemofilie, leukemie, limfoom, weefselspesifieke kanker)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

7. Psigiatrisie toestande en/of middelafhanklikheid (bv. depressie, bipolêre versteuring, stres, paniekaanvalle, skisofrenie, alkohol- en/of dwelmmisbruik)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

8. Enige afwyking van die ore, neus, keel, oë en/of tande (bv. gloukoom, katarakte, bril of kontaklense, doofheid, retinale toestande, ortodonsie, kroon- en brugwerk, kaak-en-gesig- en mondchirurgie)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

5. Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

9. Is enige van u afhanklike(s) wat gemeld word op hierdie aansoekvorm MIV-positief of gediagnoseer met Vigs?*

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Neem kennis dat indien geen keuse gemaak word nie, sal Medihelp dit as "Nee" aandui.

*Indien enige van u afhanklike(s) verkies om nie hulle MIV-status op hierdie aansoekvorm te meld nie, sal dit u verantwoordelikheid bly om die Skema in kennis te stel en op Medihelp se MIV-/Vigsprogram te registreer binne 21 dae vanaf die inskrywingsdatum deur LifeSense by 0860 50 60 80 te skakel. Sou u versuim om aan hierdie voorwaarde te voldoen, sal dit as die nie-openbaarmaking van inligting beskou word wat tot die beëindiging van u lidmaatskap kan lei. Medihelp sal na ontvangs van hierdie versoek bepaal of onderskrywingsvoorwaardes toegepas sal word en indien wel, sal u 'n gewysigde Bewys van lidmaatskap-dokument ontvang.

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

10. Word enige ondersoek, behandeling en/of prosedures vir u afhanklike(s) in die volgende 12 maande beplan?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Dui enige ondersoek, behandeling en/of terapie aan wat binne die volgende 12 maande beplan word

11. Is enige persoon wat op hierdie aansoekvorm aangedui word ondersoek (bv. mediese toetse, X-strale, skanderings), gediagnoseer, en/of behandel (met/sonder prosedures) vir enige toestand of afwyking wat nie op hierdie vraelys genoem is nie (insluitend medisyne/vitamiene wat sonder voorskrif gekoop is)?

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

Let asseblief daarop dat hierdie mediese vraelys nie 'n aansoek is om chroniese medisyne/VMV-dienste/voorgenome prosedures/behandeling vir voordele te registreer of goed te keur nie. Indien u goedkeuring vir chroniese medisyne wil bekom, skakel Medihelp asseblief by 086 0100 678 sodra u afhanklike(s) se lidmaatskap van Medihelp gefinaliseer is om 'n aansoek om voordele vir chroniese medisyne te versoek. U kan ook 'n aansoekvorm van Medihelp se webtuiste by www.medihelp.co.za aflaai deur op die beveiligde webtuiste vir lede in te teken.

6. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur aansoeker en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk

Medihelp bevestig dat –

1. die persoonlike en mediese inligting van u en u geregistreerde afhanklike(s) vertroulik hanteer sal word en dat die inligting nie aan 'n derde party verkoop sal word of vir handels- of verwante doeleindes gebruik sal word nie;
2. sekerheidsmaatreëls in werking gestel is om u data te beskerm en dat Medihelp-personeel en gekontrakteerde partye toegang het tot u data om onder andere u eise te verwerk en betaal, en dat hulle 'n vertroulikheidssooreenkoms onderteken het ingevolge waarvan hulle onderneem om nie u persoonlike inligting aan enige ongemagtigde partye bekend te maak nie;
3. u persoonlike inligting slegs gebruik sal word vir doeleindes soos om u aansoek om registrasie van u afhanklike(s) te verwerk, u mediese eise te betaal, te bepaal of u op voordele geregtig is, risiko's te bestuur en vir enige kommunikasiedoeleindes;
4. die Skema verantwoordelikheid sal aanvaar vir enige skending van vertroulikheid en sodanige voorvalle ingevolge sy interne beleid sal hanteer; en
5. indien u 'n makelaarshuis wat met Medihelp gekontrakteer is se dienste gebruik, sal toepaslike lidmaatskapinligting aan die makelaarshuis beskikbaar gestel word ten einde 'n diens aan u te lewer en mag 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis Medihelp opdrag gee om enige van u persoonlike inligting, behalwe u bankbesonderhede, te wysig, tensy u Medihelp anders opdrag gee.

U verantwoordelikhede as 'n lid van Medihelp:

6. Ek sal toesien dat ek vertrou is met al die bepalinge van die Reëls van Medihelp en sal alle korrespondensie lees wat van Medihelp ontvang word, soos nuusbriewe en state, en ek sal my voordelegids bestudeer en sorg dat ek vertrou is met die dekking wat deur my gekose voordele-opsie gebied word.
7. Ek onderneem om die Reëls na te kom, soos van tyd tot tyd gewysig, wat by www.medihelp.co.za op die beveiligde webtuiste vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike dade te pleeg nie. Ek begryp dat die Reëls van Medihelp na goedkeuring van my aansoek om registrasie van my afhanklike(s) bindend op my geregistreerde afhanklike(s) sal wees soos wat die Reëls bindend is op my.
8. Met ondertekening van hierdie aansoek bevestig ek dat ek die reg het om aansoek te doen om die registrasie van my afhanklike(s) en om op te tree namens diegene waarvoor ek aansoek doen, in verband met enige aangeleentheid wat verband hou met hierdie aansoek.
9. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om registrasie van my afhanklike(s) verskaf is, akkuraat en volledig is. Ek begryp dat enige vals verklaring of weglating van inligting aanleiding kan gee tot die beëindiging van my of my geregistreerde afhanklike(s) se lidmaatskap, of enige ander maatreëls wat Medihelp geheel na sy goeiddunke kan neem, onderhewig aan appèlprosedures. **Ek begryp dat dit my verantwoordelikheid is om te verseker dat die besonderhede in hierdie aansoekvorm waar en volledig is vir myself en my afhanklike(s), selfs as hierdie aansoekvorm deur my finansiële adviseur of enige ander derde party namens my voltooi is. Ek onderneem om Medihelp skriftelik in kennis te stel van enige verandering in my afhanklike(s) se gesondheidstoestand nadat my aansoek om registrasie van my afhanklike(s) ingedien is maar voor lidmaatskap in werking tree. Ek onderneem om Medihelp skriftelik van enige toekomstige wysigings aan my persoonlike besonderhede en/of bankbesonderhede in kennis te stel en ek begryp dat enige nienakoming hiervan kan lei tot beëindiging van my lidmaatskap in ooreenstemming met die bepalinge van die Wet op Mediese Skemas en Medihelp se geregistreerde Reëls.**
10. Ek begryp dat hierdie aansoekvorm geldig is vir 'n tydperk van 30 dae vanaf die datum van ondertekening. Die tydperk kan hierna verleng word, na Medihelp se goeiddunke, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en ek 'n nuwe aansoekvorm moet voltooi.
11. Ek bevestig dat my afhanklike(s) nie as bevoorreedes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek hulle registrasie by Medihelp versoek het nie.
12. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees soos ooreengekom met Medihelp, en daarna op dieselfde dag van elke daaropvolgende kalendermaand. Indien my werkgewer/instansie, as my gemagtigde agent, onderneem om my ledegeld aan Medihelp oor te betaal, gee ek my werkgewer/instansie toestemming om die bedrag wat aan Medihelp betaalbaar is van my salaris te verhaal en sodanige bedrag aan Medihelp oor te betaal. Verder gee ek toestemming dat Medihelp die volgende inligting aan my werkgewer/instansie mag voorsien om ledegeldbetalings te doen: my identiteitsnommer, my belastingsertifikaatinligting, asook die geboortedatum, ouderdom en verwantskap van my geregistreerde afhanklike(s). Ek is voorts verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, aan Medihelp te betaal sou ek my lidmaatskap beëindig.
13. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat my afhanklike(s) nie as bevoorreedes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl hulle steeds lid van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema:

14. Ek is bewus daarvan dat 'n algemene wagtydperk van drie maande en/of 'n toestandspesifieke wagtydperk van 12 maande asook 'n laataansluitingsbelading ingevolge die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 op my geregistreerde afhanklike(s) se lidmaatskap opgelê mag word. Medihelp mag my afhanklike(s) se lidmaatskap finaliseer sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardesdokument indien geen wagtydperk en/of laataansluitingsbelading opgelê is nie.
15. Ek is voorts bewus daarvan dat Medihelp die voordele wat toegestaan word en die bedrae/tariewe wat ten opsigte van spesifieke dienste betaal word, mag beperk deur onder andere bybetalings en uitsluitings toe te pas.
16. Die Reëls van Medihelp mag voorsiening maak vir verskillende intervensies wat ontwikkel is om kostedoeltreffendheid en toepaslikheid van dienste te verseker, soos voorafgoedkeuring en die gebruikmaking van aangewese diensverskaffers.
17. Medihelp mag voorts die verwisseling van voordele-opsie beperk tot die begin van 'n jaar, en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
18. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word na verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
19. Ek is voorts bewus daarvan dat my lidmaatskap opgeskort mag word indien ek versuim om die volle ledegeld of skuld vir 'n maand lank te betaal, en dat my lidmaatskap beëindig mag word indien die betaling vir twee maande lank agterstallig is, en dat my rekening oorhandig sal word vir invordering.
20. Ek is bewus daarvan dat Medihelp se ledegeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog.

Beskerming van inligting:

21. Ek gee hiermee toestemming, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklike(s) verkry het, dat –
- 21.1 Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my of my afhanklike(s) se gesondheid, en ek gee toestemming aan die dokter of die betrokke persoon om sodanige inligting aan Medihelp en sy gekontrakteerde derde partye beskikbaar te stel vir die administrasie van my gesondheidsplan;
- 21.2 my afhanklike(s) mag navraag doen oor my of enige van my afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
- 21.3 'n adviseur in diens van 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis, sou ek sodanige aanstelling maak en hul dienste gebruik, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik. Sodanige adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis mag opdrag aan Medihelp gee om enige van my persoonlike inligting, uitgesluit my bankbesonderhede, te wysig, met die doel om gepaste administrasie en onderskrywing toe te pas;
- 21.4 Medihelp my en my afhanklike(s) se mediese en persoonlike inligting aan mediese diensverskaffers bekend mag maak met die doel om mediese dienste aan my en my afhanklike(s) te lewer en sodanige dienste te betaal; en

6. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur aansoeker en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk (vervolg)

- 21.5 Medihelp mag my inligting deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.
22. Ek begryp dat die inligting bedoel in paragraaf 21 slegs gebruik sal word vir die doeleindes soos uiteengesit in Medihelp se vertroulikheidsverklaring (op hierdie aansoekvorm) en dat enige afwykings as skending van vertroulikheid geag sal word. Indien Medihelp die inligting vir ander doeleindes wil gebruik, moet Medihelp vooraf my goedkeuring daarvoor verkry.
23. Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklike(s) met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word vir kwaliteitsbeheer doeleindes en om bedrog te help bespeur en voorkom.
24. Ek gee toestemming dat Medihelp, vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van my afhanklike(s) of die toepassing van onderskrywing of risiko-ontledings of die oorweging van 'n eis vir mediese uitgawes, inligting oor my en my afhanklike(s) van mediese praktisyne, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers mag versoek.
25. Ek gee voorts toestemming, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklike(s) verkry het, dat Medihelp enige inligting oor my/my afhanklike(s) se verbruikerskredietrekord aan enige kredietburo of vereniging in die kredietvoorsieningsbedryf mag voorsien, insluitend, maar nie beperk nie tot, inligting oor my/my afhanklike(s) se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.

Handtekening van aansoeker	Datum
	2 0 j j m m d d

Indien u as voog of kurator namens 'n ander persoon aansoek doen, voltooi asseblief die onderstaande gedeelte:

In u hoedanigheid as	Lid	Voog	Kurator	
ID-/paspoortnommer				