

VERSOEK OM AFHANKLIKE(S) BY TE VOEG

WESTSTRAAT 155, SANDTON POSBUS 5412, RIVONIA 2128 FAKS (011) 539 3000 www.discovery.co.za

AAD 01/09/2004

HOE OM DIE VORM IN TE VUL

Vul asseblief een letter per blokkie in. Gebruik 'n pen met swart ink en skryf duidelike drukskrifletters.

Vermy administratiewe vertragings deur die aansoekvorm volledig in te vul.

A. BESONDERHEDE OOR DIE TUSSENGANGER (vul die deel NET in as korrespondensie deur die tussenganger aan u gestuur moet word)

Van		Tel	
Voornaam/-name		Faks	
Tussengangernommer		E-posadres	
DCS-takkantoor (indien dit van toepassing is)		Skakelpersoon by DCS	
Telefoon		Faks	
E-posadres			

B. BESONDERHEDE OOR DIE AANSOEKER

Van

Voornaam/-name

Lidnummer

Geboortedatum J J J J / M M / D D

C. EGGENOOT WAT BYGEVOEG MOET WORD (merk asseblief die blokkie en vul die besonderhede in as u 'n eggenoot wil byvoeg as afhanklike)

[illegible]**NUWE BEDRAG IN MSR**

Let asseblief daarop dat die samestelling van u gesin verander en dat dit nodig mag wees om die jaarlikse bedrag in u Mediëse Spaarrekening aan te pas.

Ek wil my MSR aanpas na R per jaar Ek wil nie my MSR aanpas nie

TOEVOEGING VAN EGGENOOT VIR WERKNEMERS VAN BESTAANDE STATUS B/C-SKEMAS (as u aansluit as lid van 'n bestaande werkgewergroep met meer as 35 lede)

- Indien die eggenoot bygevoeg moet word by die dekking van 'n bestaande lid van 'n Status B- of C-groep op grond van 'n huwelik binne die afgelope drie maande, moet 'n huweliksertifikaat aan die vorm geheg word om onderskrywing te vermy. Indien die eggenoot wat bygevoeg moet word meer as drie maande getroud is met die bestaande lid, word volle onderskrywing toegepas.
- Om in aanmerking te kom as gemeenregtelike eggenoot ('n lewensmaat van dieselfde geslag ook), geld die volgende kriteria:
 - 'n Beëdigde verklaring om te bevestig dat die paar minstens ses maande lank saamwoon;
 - Volle onderskrywing waar die paar langer as 1 jaar saamwoon;
 - Volledige datums moet ingesluit word in die beëdigde verklaring wat saamwoon bevestig.

D. KIND WAT BYGEGVOEG MOET WORD

Van

Voornaam/-name

Verwantskap tov hooflid

Noemnaam

Identiteits- of paspoortnummer
(Heg asseblief afskrif van paspoort aan)

Geboortedatum

In watter land woon die kind?

[illegible]

Van

Voornaam/-name

Verwantskap tov hooflid

Noemnaam

Identiteits- of paspoortnommer
(Heg asseblief afskrif van paspoort aan)

Geboortedatum

In watter land woon die kind?

[illegible]

E. VOLWASSE AFHANKLIKE WAT BYGEVOEG MOET WORD (merk asseblief die blokkie en vul die besonderhede in as u 'n volwasse afhanklike wil byvoeg)

Van

Voornaam/-name

Verwantskap tov hooflid

Noemnaam

Identiteits- of paspoortnommer
(Heg asseblief afskrif van paspoort aan)

Geboortedatum

In watter land woon die kind?

[illegible]

- | | | | |
|----|--|-----|--|
| JA | | NEE | |
| JA | | NEE | |

Let asseblief daarop dat die samestelling van u gesin verander en dat dit nodig mag wees om die jaarlikse bedrag in u Mediese Spaarrekening aan te pas.

Ek wil nie my MSR aanpas nie

F. ANDER

- Indien u "JA" antwoord, moet u asseblief die tabel hieronder invul. Verskaf besonderhede van die vorige lidmaatskap van 'n mediese skema. Indien die afhanklike lid was van meer as twee mediese skemas, moet u die afsonderlike besonderhede noem.

[illegible]

2. Is dekking vir enige van die afhanklikes ooit afgekeur of op spesiale voorwaardes toegestaan deur 'n lewensversekeringsmaatskappy of mediese skema? JA ☐ NEE ☐

F. ANDER

3. Indien u “JA” antwoord, moet u die naam van die maatskappy, die polisnommer en die rede invul.

4. Ly enige van die afhanklikes aan 'n chroniese toestand wat volgehoue medikasie verg? JA NEE

5. Is die aansoeker wat bygevoeg moet word by die dekking: (merk die toepaslike blokkie)

'n bloedverwant?

verwant op grond van die hooflid se huweliksbande?

nie een van bogenoemde nie (bewys van wettige voogskap is 'n vereiste)

G. MEDIESE VRAELYS

Vul asseblief die betrokke inligting hieronder in. Indien die antwoord op enige van die vrae "JA" is, moet u asseblief besonderhede invul. Heg asseblief mediese verslae, indien dit beskikbaar is, aan die vorm.

1. Verskaf asseblief die name, adresse en telefoonnommers van die dokters wat u afhanklike(s) in die afgelope vyf jaar geraadpleeg het.

Huidige dokter		Tel		Jaar	
Vorige dokter		Tel		Jaar	
Huidige tandarts		Tel		Jaar	
Vorige tandarts		Tel		Jaar	

2. a

	Hooflid	Eggenoot/Lewensmaat	Volwasse afhanklike	Volwasse afhanklike
Naam				
Hoe lank is u? (meter)	-	-	-	-
Hoeveel weeg u? (kilogram)				
Drink u alkohol?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Hoeveel eenhede alkohol drink u per week? 1 eenheid alkohol = hoe spiritus gemeet word 500 ml bier of 1 glas wyn				
Rook u?	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE
Soort tabak				
Hoeveelheid per dag				
Indien u “NEE” antwoord, moet u aandui of u in die afgelope 24 maande gerook het	JA NEE	JA NEE	JA NEE	JA NEE

Noem asseblief of u, of enige ander persoon wat aansoek doen om dekking:

	JA	NEE
b. se gewig met meer as 5 kg verander het in die afgelope 12 maande		
c. aangeraai is om minder alkohol of tabak te gebruik		
3. enige vorm van roetine-behandeling wat voorgeskryf is ondergaan of in die verlede enige roetine-behandeling wat voorgeskryf is ondergaan het		
4. ooit enige van die volgende toestande gehad het/behandel is daarvoor/of nou daarvoor behandel word:		
a. geestes-/emosionele toestande	soos angstigheid, depressie, skisofrenie, anoreksie, of enige ander eetversteuring	
b. toestande van die sentrale/perifere senuweestelsel	soos toestande van die brein of rugstring, beroerte, veelvuldige sklerose, epilepsie	
c. oogtoestande, gehoorprobleme, of spraakversteurings	soos gloukoom, retinitis of ander visuele versteuring, gehoor- of spraakprobleem	
d. kardiovaskulêre versteurings	soos harttoestande wat behandel moes word of chirurgie geverg het, angina (borspyn), rumatiekkoors, hartvaatsiekte (hartaanval), hartversaking, hartgeruis, hoë bloeddruk, ritmeversteurings, verhoogde cholesterol	

G. MEDIESE VRAELYS

		JA	NEE
e. asemhalingstoestande	soos moeilike asemhaling, kortasemheid, volgehoue hoes, tuberkulose (ophoes van bloed)	☐	☐
f. toestande van die spysverteringstelsel	soos roumaagseer, hiatusbreuk, esofagitis (sooibrand), kolitis, veranderde stoelgange/bloeding, toestande van die lewer, galblaas, milt of pankreas, askites	☐	☐
g. toestande wat verband hou met die niere of urienweg	soos polisieistiese niere, hematurie (bloed in die urine), nefritis, prostatisme, nefrektomie, nierversaking, nierstene, herhaaldelike urienweginfeksie	☐	☐
h. ginekologiese toestande	soos eierstoksiste, menstruele verstourings, endometriose, fibroïede of vergrote baarmoeder, onvrugbaarheidstoestande, toestande van die serviks	☐	☐
i. knoppe of groeisels	soos nie-kwaadaardige of kwaadaardige groeisels van enige aard, insluitend velletsels	☐	☐
j. bloedtoestande	soos anemie, leukemie, bloedingstoestande	☐	☐
k. endokrientoestande	soos diabetes, hipertireose of hipotireose, groeiverstourings, Cushing-sindroom, Addison-sindroom	☐	☐
l. toestande van die bindweefsel of vel	soos sistemiese lupus eritematose, skleroderma, keloïed- of hipertrofiese letsels	☐	☐
m. toestande van die spiere/skelet	soos rumatiek, artritis, toestande van die rugstring, miastenie of fisiese gestremdheid, enige rugprobleme (soos vasgeknypde senuwee)	☐	☐
5. ooit enige spesiale tandheelkundige behandeling soos ortodontiese, periodontiese, maksillo-fasiale prosedures, of behandeling vir geïmpakteerde verstandtande ondergaan, of word enige van die persone nou daarvoor behandel of word sulke behandeling beplan?		☐	☐
6. a. ooit enige berading, behandeling of advies ontvang het vir toestande wat seksueel oorgedra word. b. ooit gediagnoseer is met VIGS of MIV, of ooit behandel is daarvoor.		☐	☐
7. ly aan aangebore, erflike of fisiese gestremdheid.		☐	☐
8. ly of gely het aan porfirie, kanker, geestesverstoring, retinitis pigmentosa, diabetes, beroerte, borspyn, verhoogde cholesterol of enige ander erflike toestand.		☐	☐
9. swanger is.		☐	☐
10. ooit advies, berading of behandeling ontvang het vir alkoholisme of dwelmafhanklikheid.		☐	☐
11. deelneem aan enige gevaarlike sport/aktiwiteite soos bergklim, valskeermvlieg, rekspring ("bungee-jumping"), duik, ens. Spesifiseer asseblief.		☐	☐
12. onlangs chirurgie ondergaan het of in die hospitaal behandel is.		☐	☐

Bogenoemde vrae is net aanduidings van moontlike toestande en bied nie beskrywings van alle toestande nie. As u, of enige van u afhanklikes aan enige toestand ly of simptome het wat nie direk deur die vrae gedek word nie, maar wat wesenlik is vir ons oorweging van die risiko, is u nietemin verplig om dit bloot te lê. Is u bewus van enige so 'n toestand?

Indien u "JA" antwoord, moet u asseblief volledige besonderhede invul. As hier nie genoeg ruimte is vir u antwoord nie, kan u addisionele inligting aan die vorm heg.

Vraag- nommer	Naam	Diagnose	Datum van eerste diagnose	Word nou behandel vir die toestand	Datum van laaste konsultasie, hospitalisasie of medisyne wat gebruik word vir die toestand	Praktisyn wat pasient behandel se naam en telefoonnommer
				JA NEE		

H. WETTIGE VERKLARING

- Ek doen aansoek namens my afhanklike(s) om by Discovery Health se mediese skema (die "Skema") wat geadminestreer word deur Discovery Health (Pty) Limited, ("Discovery Health") aan te sluit en stem in om my te vergewis van die reëls van die skema en om dit na te kom.
- Enige versuim om enige bepaling na te kom of versuim om inligting oor myself of my afhanklike(s), wat betrekking het op die oorweging van die ooreenkoms, bloot te lê, sal daartoe lei dat die ooreenkoms wat verband hou met die aansoek nietig verklaar word. In so 'n geval word alle bydraes wat ek aan die Skema betaal het verbeur. Indien dit gebeur, kan Discovery Health namens die Skema enige bedrae wat aan my of aan enige persoon namens my of my afhanklike(s) betaal is kragtens die ooreenkomste, terugvorder.

H. WETTIGE VERKLARING (vervolg)

3. Ek sal Discovery Health in kennis stel indien enige omstandighede wat betrekking het op die oorweging van die risiko voorkom na die datum van die aansoek, maar voordat die Skema die risiko aanvaar. Ek erken dat versuim om dit te doen, daartoe kan lei dat die ooreenkoms wat verband hou met die aansoek nietig verklaar word. In so 'n geval word alle bydraes wat ek aan die Skema betaal het verbeur. Indien dit gebeur, kan Discovery Health namens die Skema enige bedrae wat aan my of aan enige persoon namens my of my afhanklike(s) betaal is kragtens die ooreenkomste, terugvorder.
4. Ek sal Discovery Health minstens 48 uur voor opname in kennis stel as ek of enige van my afhanklikes in die hospitaal opgeneem moet word vir behandeling wat nie verband hou met 'n noodgeval nie. Ek erken dat versuim om dit te doen daartoe sal lei dat die Skema minder voordele vir enige sodanige behandeling of prosedure sal betaal.
5. Discovery Health betaal geen voordele tensy Discovery Health tevrede is dat 'n eis geldig is en alle inligting wat nodig geag word ontvang is nie. Dit sluit die resultate van enige mediese ondersoeke en toetse in wat die Skema mag aanvra vir my of enige van my afhanklikes, hoewel dit nie beperk is daartoe nie.
6. Ek stem in dat Discovery Health enige versoek om inligting, toetse of ondersoeke direk aan enige van my afhanklikes wat ouer is as 21 (een-en-twintig) mag rig met dieselfde regsimplikasies wat sou geld indien die versoek aan my gerig is in my hoedanigheid as hooflid.
7.
 - 7.1 Ek stem in dat Discovery Health enige inligting wat na absolute eie goeddunke van Discovery Health nodig geag mag word oor my of enige van my afhanklikes, mag verkry van enige persoon om die risiko of enige eis wat verband hou met die aansoek te evalueer;
 - 7.2 Ek versoek die betrokke persoon om die inligting op versoek aan Discovery Health te voorsien.
8. Ek verstaan dat ek uitsluitlik verantwoordelik is as lid om te verseker dat Discovery Health my maandelikse bydraes ontvang
9. Indien my lidmaatskap van die Skema beëindig word:
 - 9.1 sal ek enige bedrag wat ek verskuldig is uit my Mediese Spaarrekening of weens enige ander rede, aan die Skema en/of Discovery Health terugbetaal;
 - 9.2 sal enige bydrae wat in my Mediese Spaarrekening betaal is en wat meer is as die eise wat uit die rekening betaal is, aan my terugbetaal word.
10. Ek stem in daartoe dat alle gesprekke tussen my en Discovery Health opgeneem mag word en dat alle inligting wat tydens die gesprekke bekend gemaak word, deel vorm van Discovery Health se rekords. Ek stem verder in dat al die opnames die uitsluitlike eiendom van Discovery Health bly.
11. Ek onderneem om die nodige toestemming te verkry van enige van my afhanklikes op wie die voorwaardes van toepassing mag wees en vrywaar Discovery Health van enige eis wat kan ontstaan weens my versuim om dit te doen.
12. Ek waarborg dat die inhoud van die aansoek waar, korrek en volledig is.
13. Ek erken dat die aansoek bloot geriefshalwe deur middel van die Internet ingedien mag word en dat nie ek, Discovery Health (na absolute eie goeddunke), of die Skema kan vertrou op die inligting wat so ingedien word tensy ek 'n ondertekende papierweergawe van die betrokke aansoek indien nie. Ek stem verder in dat die papierweergawe wat na die Internet-aansoek ingedien word, my aansoek is om aan te sluit as lid van die Skema.
14. Ek sal Discovery Health in kennis stel indien ek, of enige van my afhanklikes met MIV/VIGS leef. Ek erken en aanvaar dat Discovery Health nie aanspreeklik is vir enige eise wat verband hou met MIV/VIGS in die eerste 12 (twaalf) maande van my of my afhanklikes se lidmaatskap van Discovery Health nie.

Onderteken te

op

J	J	J	J	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

Handtekening van hooflid