

AANSOEK FORM

Voltooi asseblief hierdie vorm in swart ink en in HOOFLETTERS

Mediese skema-lidmaatskapnommer:	<input type="text"/>	Naam van Mediese Skema:	<input type="text"/>
Mediese skemaopsie:	<input type="text"/>	Vereiste Aanvangsdatum:	<input type="text"/>
Is die aansoek deel van 'n groep? (Maak duidelike X in blokkie)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	As JA, groepsnaam:	<input type="text"/>

BESONDERHEDE VAN HOOF-VERSEKERDE

Voornaam/e (volle):	<input type="text"/>											
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Mnr	<input type="checkbox"/>	Mev	<input type="checkbox"/>	Mej	<input type="checkbox"/>	Dr	<input type="checkbox"/>	Ander	<input type="text"/>	
Geboorte datum:	<input type="text"/>	Epos-adres:	<input type="text"/>									
Kontak:	Huis nr.:	<input type="text"/>	Werk nr.:	<input type="text"/>								
	Faks nr.:	<input type="text"/>	Sel nr.:	<input type="text"/>								
Posadres:	<input type="text"/>											
	<input type="text"/>										Kode:	<input type="text"/>
Woonadres:	<input type="text"/>											
	<input type="text"/>										Kode:	<input type="text"/>

BESONDERHEDE VAN EGGENOOT

Voornaam/e (volle):	<input type="text"/>										
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Mnr	<input type="checkbox"/>	Mev	<input type="checkbox"/>	Mej	<input type="checkbox"/>	Dr	<input type="checkbox"/>	Ander	<input type="text"/>
Geboorte datum:	<input type="text"/>	Epos-adres:	<input type="text"/>								
Kontak:	Huis nr.:	<input type="text"/>	Werk nr.:	<input type="text"/>							
	Faks nr.:	<input type="text"/>	Sel nr.:	<input type="text"/>							
Mediese skema-lidmaatskapnommer:	<input type="text"/>	Naam van Mediese Skema:	<input type="text"/>								
Mediese skemaopsie:	<input type="text"/>										
Is die aansoek deel van 'n groep? (Maak duidelike X in blokkie)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	As JA, groepsnaam:	<input type="text"/>								

AFHANKLIKES

Afhanklikes is: - Eggenoot en/of afhanklike kinders tot op 21-jarige ouderdom - Studente tot op 27-jarige ouderdom (bewys asb. voltydse inskrywing)
 - Aangenome/pleegkind (heg asb. bewysdokumente aan)

Volle naam en van:	<input type="text"/>										
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>						
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Verwantskap aan applikant:	<input type="text"/>								

Volle naam en van:	<input type="text"/>										
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>						
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Verwantskap aan applikant:	<input type="text"/>								

Volle naam en van:	<input type="text"/>										
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>						
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Verwantskap aan applikant:	<input type="text"/>								

Volle naam en van:	<input type="text"/>										
ID nommer / Paspoort:	<input type="text"/>	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>						
Geboortedatum:	<input type="text"/>	Verwantskap aan applikant:	<input type="text"/>								

SPESIFIEKE GESONDHEIDSVRAE

Het jy of enige versekerde onder hierdie polis al ooit behandeling ontvang of verwag om behandeling te ontvang vir enige van die volgende:

JA NEE

1	Is u die afgelope 4 maande in die hospitaal opgeneem?		
2	Verwag jy 'n hospitaalopname of bewus van enige toestande of siekte wat behandeling in die volgende 12 maande benodig?		
3	Is u of enige van u afhanklikes tans swanger?		
4	Het u die afgelope 24 maande chroniese medikasie geneem of neem?		
5	Het u alreeds 'n gapingsdekking gehad en / of 'n leemte-eis gehad? Indien wel, wie was die verskaffer?		

As jou antwoord "Ja" was op enige van die vrae, gee asseblief besonderhede hier onder.

Vraag nr.	Applikant/afhanklikes	Volledige besonderhede (ook oor afwyking, datum gediagnoseer, aard, duur van behandeling en besonderhede van konsultasiedokter)

DEBIETORDER-BESONDERHEDE

Rekeninghouer-naam:

Rekeningnr.:

Bank: Standard Bank ABSA FNB Nedbank Ander

Tipe rekening: Tjek Spaar Transmissie Ander

Dag van debietorder: 1ste 7de 15de 25ste

Hiermee gee ek toestemming en magtiging dat die nodige bedrag vir my maandelike premies van my bankrekening afgetrek mag word vir betaling van die versekering hierbo, sonder vooroordeel t.o.v. die regte van Sirago Underwriting Managers (Pty) Ltd. Ek gee ook magtiging dat die bedrag van tyd tot tyd verhoog mag word ingevolge die polis en magtig my bank om die betaling te doen.

Handtekening van rekeninghouer: Datum:

BELANGRIKE INLICHTING

- Maak asseblief seker dat VOLLEDIGE besonderhede gegee word vir vrae waarop JA geantwoord is.
- Aansoekvorms kan onderskryf word en voorwaardes kan vir langer as 10 maande.
- Die onus rus op die versekerde om seker te maak dat premies maandeliks betaal word. Verwysings op bankstate lees: MD SIRAGO_MED
- Effektief vanaf 1 Januarie 2018.

VERKLARING DEUR APPLIKANT

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee:

- Dit is tot die beste van my wete en oortuiging dat die inligting wat in verband met hierdie aansoek verskaf word, hetsy in my eie handskrif of nie, waar is en ek het geen wesenlike feite wat my bekend is, weerhou nie. (N Materiele feit sal waarskynlik die aanslag van hierdie aansoek deur Sirago Underwriting Managers (Edms) Bpk beïnvloed. Indien u enige twyfel het of 'n feit wesenlik is of nie, moet u dit bekend maak.)
- Dat ek verstaan dat enige relevante wesenlike feite in hierdie aansoekvorm weggelaat kan word, kan tot gevolg hê dat Sirago Underwriting Managers (Edms) Bpk nie eise sal nakom nie, indien die weggelaat feit so belangrik was dat die risiko nie in die eerste plek aanvaar is nie, in terme van die polis. Dit kan lei tot die kansellasie van hierdie polis of verwerping van eise sonder terugbetaling van premies.
- Dat ek verstaan dat dit 'n Ongevalle- en Gesondheidsbeleid met voordele ingevolge die Korttermynversekeringswet 53 van 1998 is en nie 'n mediese skema produk nie.
- Die deel van eisinligting en onderskrywingsinligting deur versekeraars is noodsaaklik om die versekeringsbedryf in staat te stel om beleide te onderskryf, die risiko's billik te evalueer, die voorkoms van bedrieglike eise te verminder en die openbare belang te beskerm ten opsigte van die beperking van buitensporige premieverhogings. U hiermee afstand doen van enige reg op privaatheid van enige versekeringsinligting wat u of namens u verskaf het ten opsigte van enige versekeringspolis of eise wat u indien. U stem ook toe dat hierdie inligting openbaar gemaak word aan enige ander mediese skema-opsietariëwe onder ander relevante inligting om die eise te bekrachtig.
- Ek stem spesifiek in dat Sirago Onderskrywingsbestuurders (Edms) Bpk my huidige Mediese Skema en / of mediese praktisyn kontak om enige mediese besonderhede te verifieer soos voorsien in my aansoekvorm. Ek verklaar verder dat sodanige inligting aan Sirago Onderskrywingsbestuurders (Edms) Bpk. Bekendgemaak word om die openbaarmaking te verifieer soos voorsien in my aansoekvorm.
- Dat ek Sirago Onderskrywingsbestuurders (Edms.) Bpk. Van enige veranderinge aan my gesondheidsstaat tussen die punt van aansoek en die werklike aanvang van my beleid sal adviseer.
- As deel van ons eiserifikasieproses het ons die dienste van 'n gekontrakteerde derde party gebruik om die mediese skema-lidmaatskap te verifieer, opsies te kies, relevante begunstigdes en ooreengekome mediese skema-opsietariëwe onder ander relevante inligting om die eise te bekrachtig.
- Ons behou die reg voor om bykomende inligting van kliniese aard in te dien. In die geval dat Sirago 'n PMA (Pos Mediese Evaluasie) van u dokter aanvra as deel van die eise-evaluerings- en verifikasieproses
- Ek magtig Sirago Onderskrywingsbestuurders om namens my mediese eise en / of rekeninge met diensverskaffers te onderhandel en die verskaffer direk te betaal.
- Deur die bepalings van hierdie toestemmingsvorm in te stem, stem ek uitdruklik in om my inligting vir bemerkingsdoeleindes te verwerk en dit te verstaan en te begryp deur die toestemming te gee om bemerkingsmateriaal in die vorm van sms en / of e-pos te ontvang en die soortgelyke van Sirago Underwriting Managers (Edms) Bpk.

Handtekening van Applikant Datum:

Eggenoot (As binne gemeenskap van goedere getroud) Datum:

TUSSENGANGER-BESONDERHEDE

Tussenganger groep: Tussenganger kode:
Verkoops persoon: Verkoopskode:
Tel nr.: Sel nr.:

OPSIE-KEUSE

OPSIE DEUR APPLIKANT:

GAP DEKKING: INDIVIDU 64 Onder 65+ FAMILIE
PLUS GAP DEKKING: INDIVIDU 64 Onder 65+ FAMILIE
ULTIMATE GAP DEKKING: INDIVIDU 64 Onder 65+ FAMILIE
EXACT DEKKING: INDIVIDU 64 Onder 65+ FAMILIE
GOV GAP DEKKING: INDIVIDU FAMILIE
Premie per maand
*Tussenganger fooi (Opsioneel)
TOTALE PREMIE BETAALBAAR

* Hierdie Intermediêre fooi is opsioneel en word aan die tussenganger betaal bo en behalwe die statutêre kommissie op u goedkeuring
Stuur asseblief die voltooidde vorm terug na applications@sirago.co.za of per faks na 086 508 2292. | In watter taal wil jy jou beleidsdokumente hê? Engels Afrikaans

GENOMINEERDE BEGUNSTIGDE (verwant aan sterftevoordele en / of premievermindering)

Voornaam/e (volle):
ID nommer / Paspoort: Mnr Mev Mej Dr Ander
Geboorte datum: Epos-adres:
Kontak: Huis nr.: Werk nr.:
Faks nr.: Sel nr.:
Verhouding tot Hooflid:

BANKBESONDERHEDE VIR TERUGBETALINGS

MOET U HIERDIE AFDELING NIE VOLTOOI NIE, SAL DIE RESULTATE IN ONS GEBRUIK WORD MET U DEBIETBESONDERHEDE BESONDERHEDE.

Naam van rekeninghouer:
Rekening nommer:
Bank: Standard Bank ABSA FNB Nedbank
Ander:
Rekening tipe: Check Spaar Transmissie Ander
Handtekening van rekeninghouer Datum:

NOTAS / BYKOMENDE INLIGTING

Blank lined area for notes or additional information.

