

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
VAN
W
XYZ

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

Pasiënt Besonderhede

Patient Details

Van Surname		Rekenaar Nr: Computer No:	
ID Nr. ID No.		Mnr/Mev/Mej Mr/Mrs/Miss	Huwelikstatus Marital Status
Geboortedatum Date of Birth	Ouderdom Age	Voornaam First Names	
Beroep Occupation		Huistaal Home Language	Getal Afhanklikes No. of Dependants
Tel.		Sel Nr. Cell No.	
		WCA Claim No. (If applicable)	

Persoon Verantwoordelik vir Rekening

Person Responsible for Account

Volle Naam Full Name		ID Nr. ID No.
Woonadres Home Address		Sel Nr. Cell No.
	Kode Code	Tel(H)
Posadres Postal Address		Poskode Postal Code
E-Posadres E-Mail Address		
Werkgewer Employer		Tel(W)

Mediese Fonds

Medical Aid

Fonds Fund	Nr. No.
Hooflid se Naam Member's Name	

Naasbestaande

Next of Kin

Naam Name	Verwantskap Relation
Adres Address	Tel.

Verwys Deur

Referred By

Naam Name
Adres Address
Tel.

Familie Lede

Family Members

Name Names	Geboortedatum Date of Birth	Allergië Allergies	Aanmerkings Comments

This account remains your responsibility until fully paid. Regular follow-ups by the member with the medical aid may be required to ensure prompt payment. In the case of your medical aid not paying the full account you will be liable for the balance.

Die rekening bly u verantwoordelikheid totdat dit ten volle betaal is. U is dus self daarvoor verantwoordelik om die rekening by u mediese fonds op te volg op 'n gereelde basis. Indien u mediese fonds nie die volle bedrag vereffen nie, sal u aanspreeklik wees vir die balans.

I understand and accept the terms above.

Ek verstaan en aanvaar die terme hierbo.

Signed Date

Geteken Datum