

Aanhangsel F
2019 Discovery Health Mediese Skema
Werkgewernaam: NG Kerk in SA

LIDBESONDERHEDE

Naam		Lidmaatskapnommer	
Van		Bestaande plan	

PLANKEUSE

Ek wil graag my planopsie vir 2019 soos volg verander. (✓ asseblief die relevante blokkie)

Planopsie	Regmerkie✓	Planopsie	Regmerkie✓
Eksklusief		Kus Spaarder *	
Klassiek Omvattend		Klassiek Smart Plan ****	
Klassiek Delta Omvattend **		Essensieel Smart Plan	
Klassiek Omvattend Zero MSR		Klassiek Kern	
Essensieel Omvattend		Klassiek Delta Kern **	
Essensieel Delta Omvattend **		Essensieel Kern	
Klassiek Prioriteit		Essensieel Delta Kern **	
Essensieel Prioriteit		Kus Kern*	
Klassiek Spaarder		KeyCare Plus ***	
Klassiek Delta Spaarder **		KeyCare Start ***	
Essensieel Spaarder		KeyCare Kern ***	
Essensieel Delta Spaarder **			

* Slegs vir lede wat in kusprovincies bly | ** Die Delta-planne maak gebruik van die Delta-hospitaalnetwerk | *** Die KeyCare-planne maak gebruik van die KeyCare-hospitaalnetwerk | **** Die Smart Plan maak gebruik van die Smart Plan-hospitaalnetwerk.

Slegs vir *KEYCARE PLUS / KEYCARE START-applikante**

Voltooi asseblief die diensverskaffer se besonderhede.

Verskafferlys/-name beskikbaar by www.discovery.co.za of 0860 100 694

Afhanklike	Naam van dokter	Praktyknommer

VITALITY/KEYFIT-KEUSE

Ek wil graag my Vitality- en/of KeyFIT-opsie vir 2019 soos volg verander. (Merk asseblief die relevante boksie met 'n ✓)

Sluit aan by Vitality

Indien u by Vitality wil aansluit, moet u asseblief 'n aansoekvorm voltooi. Die vorm kan aangevra word by die Discovery Health-inbelsentrum by 0860 99 88 77 of by Christine Lombard.

	Kanselleer Vitality
	Kanselleer KeyFIT
	Kanselleer Vitality en KeyFIT

VERKLARING

Hiermee verklaar ek dat omvattende produkinligting aan my beskikbaar gestel is deur Discovery Health Mediese Skema en/of Alexander Forbes Health wat my in staat gestel het om 'n ingeligte besluit te neem aangaande die keuse/verandering van my planopsie. Ek bevestig ook dat, indien ek raad of hulp nodig het, ek volle toegang tot my Alexander Forbes-gesondheidskonsultant het. Ooreenkomstig die reëls van die Mediese Skema, doen ek hiermee aansoek om my mediese skema-plan te verander soos hierbo aangedui. Ek verstaan die reëls, voordele en finansiële implikasies van die seleksie van hierdie planopsie.

Handtekening	Datum
---------------------	--------------

**Hierdie vorm moet voltooi en terugbesorg word aan Christine Lombard
 TEEN VRYDAG 30 NOVEMBER 2018**