



LIDNOMMER/MEMBERSHIP NUMBER

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

AANSOEK OM EX GRATIA BYSTAND/APPLICATION FOR EX GRATIA ASSISTANCE

MOET DEUR HOOFIDVOLTOOI WORD/TO BE COMPLETED BY PRINCIPAL MEMBER

Dit is belangrik dat alle afdelings van hierdie aansoekvorm volledig ingevul word. Versuim om dit te doen kan 'n vertraging in die verwerking van die aansoek veroorsaak. / It is important that all sections of this application form be completed in full. Failing to do this may cause a delay in the processing of the application.

I. AANSOEKER SE INLIGTING/APPLICANT'S INFORMATION

Naam van hooflid/Name of principal member

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

Naam van pasiënt/Name of patient

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

Verwantskap/Relationship

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

Ouderdom van pasiënt/Age of patient

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

Lidnommer/Membership number

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

Telefoon (H)/
Telephone (H)

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

Telefoon (W)/
Telephone (W)

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

Selnommer/Cell number

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

Eposadres/Email address

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

Posadres/
Postal address

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

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

Woonadres/
Residential address

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

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

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

Kode/
Code

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

Kode/
Code

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

Besonderhede van bystand benodig/Particulars of assistance required.

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

Rede(s) vir aansoek om ex gratia-bystand/Reason(s) for applying for ex gratia assistance

Indien die datum van die diens langer as twaalf (12) maande gelede was, motiveer asseblief waarom u nou eers aansoek om hulp doen. Rekening moet aangeheg word. As u 'n kliniese of doktersmotivering beskikbaar het, heg dit asseblief by aan die aansoekvorm.

If the date of service was longer than twelve (12) months ago, please motivate why you are only applying for assistance now. Kindly attach accounts. If you have a clinical or doctor's motivation available, please attach it to this application.

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

Ex gratia applications will be considered on merit only unless the committee is informed that the applicant would otherwise experience extreme financial difficulty and/or a health risk.

Neem asseblief kennis: Indien die aansoek eise vir patologie of radiologie insluit, word u versoek om die resultate of verslae saam met die aansoek in te dien.

Please note: If the application includes pathology or radiology claims, you are required to submit the results or reports with the application.

Toekennings deur die komitee sal nie voor die begin van enige vereiste mediese behandeling oorweeg word nie.
Grants from the committee will not be considered in advance of the commencement of any medical treatment required.

Verskaf asseblief volledige besonderhede van die finansiële bystand wat benodig word. Besonderhede soos tydsduur, koste en 'n motivering vir die noodsaaklikheid van die uitgawes is vir die komitee noodsaaklik om 'n aansoek te oorweeg.
 You are requested to furnish full details of the financial assistance required. Details such as duration, costs involved and motivation for the necessity of expenses are essential for the committee to consider an application.

Die ex gratia-komitee vergader een keer 'n maand. 'n Antwoord op u aansoek kan tot 30 dae neem. U sal skriftelik van die komitee se besluit in kennis gestel word. Die komitee se besluit is finaal en daar sal in geen verdere korrespondensie getree word nie.

The ex gratia committee meets once a month. A reply to your application could take up to 30 days. You will be advised of the committee's decision in writing. The decision of the committee is final and no further correspondence will be entered into.

**DIE INDIEN VAN 'N AANSOEK OM EX GRATIA-BYSTAND IS GEEN VERSEKERING DAT BYSTAND VERLEEN SAL WORD NIE.
THE SUBMISSION OF AN APPLICATION FOR EX GRATIA ASSISTANCE IS NOT A GUARANTEE THAT ASSISTANCE WILL BE GRANTED.**

Besorg hierdie aansoekvorm terug aan/Return this application form to:

Telefoon/Telephone: 0800 110 268 (Guardian plan) of/or 0800 450 010 (Link-, Select- en/and Prime-planne/plans)
Faks/Fax: 011 381 2041/42
Epos/Email: exgratia@transmed.co.za

Die Voorsitter/The Chairperson
Transmed Ex Gratia-komitee/Transmed Ex gratia committee
Posbus 2269/PO Box 2269, Bellville 7535

Transmed Mediese Fonds en die Administrateur, Momentum Health Solutions, 'n afdeling van Momentum Metropolitan Holdings, is daartoe verbind om die vertroulikheid van u persoonlike inligting te handhaaf en te voldoen aan die Wet op Beskerming van Persoonlike Intligting, 2013, wanneer u persoonlike inligting verwerk word. U persoonlike inligting sal verwerk word vir die doeleindes van die Wet op Mediese Skemas. [3] van 1998.

Transmed Medical Fund and the Administrator, Momentum Health Solutions, a division of Momentum Metropolitan Holdings, are committed to maintaining the confidentiality of your personal information and complying with the Protection of Personal Information Act, 2013, when processing your personal information. Your personal information will be processed for the purposes of the Medical Schemes Act, 131 of 1998.

Ek _____ die ondergetekende en hooflid van die Transmed Mediese Fonds, is vertrouwd met die inhoud van hierdie aansoekvorm. Ek verklaar hiermee dat die inligting soos verstrek in hierdie aansoekvorm en/of meegaande dokumente waar en korrek is. Ek verstaan en aanvaar dat die komitee bewys van uitgawes kan versoek.

I, _____ the undersigned and principal member of the Transmed Medical Fund, state that I am familiar with the contents of this application form. I declare that information provided in this application form and/or enclosed documents is true and correct. I understand and accept that the committee may request proof of expenditure.

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

DATUM/DATE