

CLIENT CLAIM FORM / KLIËNT EISVORM

Completion of all fields is compulsory in order for your Client Claim Form to be processed. / Voltooiing van alle velde is verpligtend vir die verwerking van jou Kliënt Eisvorm.

RETURN TO / STUUR TERUG AAN f 086 633 3761 | e yourclaim@stratumbenefits.co.za

1) YOUR PROFILE / JOU PROFIEL

PRINCIPAL INSURED DETAILS / HOOFVERSEKERDE BESONDERHEDE

Title / Titel	First Name / Voornaam	Surname / Van	ID Number / ID Nommer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medical Scheme / Mediese Skema	Medical Scheme Option / Mediese Skema-Opisie	Membership Number / Lidmaatskapnommer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cellphone / Selfoon	Telephone (H) / Telefoon (H)	Telephone (W) / Telefoon (W)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Email Address / E-pos Adres			
<input type="text"/>			

PATIENT DETAILS / PASIËNT BESONDERHEDE

Please indicate whether the Patient is the Principal Insured, in which case the below details are not required. / Dui asseblief aan of die Pasiënt die Hoofversekerde is, in welke geval die onderstaande besonderhede nie vereis word nie.

Title / Titel	First Name / Voornaam	Surname / Van	ID Number / ID Nommer	Relationship / Verwantskap
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medical Scheme / Mediese Skema	Medical Scheme Option / Mediese Skema-Opisie	Membership Number / Lidmaatskapnommer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

2) YOUR CLAIM DETAILS / JOU EIS BESONDERHEDE

MEDICAL EVENT DETAILS / MEDIESE GEBEURTENIS BESONDERHEDE

Medical procedure, surgery, treatment or investigation that was performed or provided. / Mediese prosedure, chirurgie, behandeling of ondersoek wat verrig of verskaf is.

Admission or Treatment Date / Opname- of Behandelingsdatum	<input type="text"/>	Discharge Date (if hospitalised) / Datum van Ontslag (indien gehospitaliseer)	<input type="text"/>
Have you received a discount from any healthcare provider related to this claim? If so, please provide details of the relevant healthcare provider. / Het jy 'n korting ontvang van enige gesondheidsorg verskaffer wat verband hou met hierdie eis? Indien wel, verskaf asseblief besonderhede van die toepaslike gesondheidsorg verskaffer.			
Healthcare Provider / Gesondheidsorg Verskaffer	<input type="text"/>	Contact No / Kontak Nr	<input type="text"/>
Are you aware of any further payments due by your medical scheme to any healthcare provider related to this claim? If so, please provide details of the relevant healthcare provider. / Is jy bewus van enige verdere betalings verskuldig deur jou mediese skema aan 'n gesondheidsorg verskaffer wat verband hou met hierdie eis? Indien wel, verskaf asseblief besonderhede van die toepaslike gesondheidsorg verskaffer.			
Healthcare Provider / Gesondheidsorg Verskaffer	<input type="text"/>	Contact No / Kontak Nr	<input type="text"/>

CONTACT DETAILS OF HEALTHCARE PROVIDER / KONTAKBESONDERHEDE VAN GESONDHEIDSORG VERSKAFFER

General Practitioner / Algemene Praktisyn	Contact No / Kontak Nr	Treating or Referring Healthcare Provider / Behandelende of Verwysende Gesondheidsorg Verskaffer	Contact No / Kontak Nr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) YOUR CLAIM REIMBURSEMENT PROFILE / JOU EIS VERGOEDINGSPROFIEL

Stratum Benefits (Pty) Ltd reserves the right to negotiate a discounted rate with the relevant healthcare providers on your behalf to ensure you maintain a favourable risk profile. If granted, payment will be made directly into the respective healthcare provider's bank account thus rendering this section of the Client Claim Form null and void. Banking details provided as part of your Claim Reimbursement Profile will be the only bank account used for claim reimbursements. Stratum Benefits (Pty) Ltd accepts no responsibility and cannot be held liable for any incorrect banking details provided for claim reimbursements. / Stratum Benefits (Edms) Bpk behou die reg om namens jou 'n korting te beding met die betrokke gesondheidsorg verskaffer om te verseker dat jy 'n gunstige risiko-profiel behou. Wanneer kortings beding word, sal betalings direk aan die gesondheidsorg verskaffer gemaak word wat hierdie afdeling van die Kliënt Eisvorm niegig maak. Die bankbesonderhede soos aangedui op jou Eis Vergoedingsprofiel is die enigste bankrekening wat vir die terugbetaling van eise gebruik sal word. Stratum Benefits (Edms) Bpk aanvaar geen verantwoordelikheid of aanspreeklikheid vir enige foutiewe bankbesonderhede met eise terugbetalings nie.

- Please indicate whether claim reimbursements should be made into the same account from which your Stratum Benefits policy premiums will be deducted. / Dui asseblief aan of eisevergoedings gemaak moet word in dieselfde rekening waaruit jou Stratum Benefits polispremies gevorder sal word.
- Please indicate whether claim reimbursements should be made into an alternative account by completing the payment details below. / Dui asseblief aan of eisevergoedings in 'n alternatiewe rekening gemaak moet word deur die betalingsbesonderhede hieronder te voltooi.

Account Holder / Rekeninghouer	Bank / Bank	Account Number / Rekeningnommer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Account Type / Tipe Rekening	Account Holder Signature / Handtekening van Rekeninghouer	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cheque / Tjek <input type="radio"/> Savings / Spaar		

AUTHORISATION & DECLARATION ACCEPTANCE / MAGTIGING & VERKLARING AANVAARDING

I hereby authorise my medical scheme and any service provider whom attended to me or any of my dependants, to furnish Stratum Benefits (Pty) Ltd and / or its authorised representatives with information required for the assessment of my claim. I declare that the details and supporting documents provided are true and correct. I understand that any non-disclosure or false representation may result in the rejection of this claim and / or cancellation of cover. / Ek magtig hiermee my mediese skema en enige diensverskaffer wat dienste aan my of my afhanklikes verskaf het, om Stratum Benefits (Edms) Bpk en / of hul gemagtigde verteenwoordigers met inligting te voorsien wat nodig mag wees om my eis te verwerk. Ek verklaar hiermee dat die inligting en ondersteunende dokumente wat ek verskaf het juis en korrek is. Ek begryp dat enige verswyging van feite of vals inligting kan lei tot die verwerping van hierdie eis en / of die kansellering van dekking.

Principal Insured Signature / Hoofversekerde Handtekening	<input type="text"/>	Date / Datum	<input type="text"/>
---	----------------------	--------------	----------------------