



### C. DÉTAILS DE LA COUVERTURE REQUIS

Nom de plan:  Silver  Silver Africa  r

### E. HISTOIRE MEDICALE ET QUESTIONS DE SANTE GENERALES

| Est-ce que vous ou l'une de vos personnes à charge avez déjà expérimenté l'une des situations suivantes?  | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Êtes-vous ou avez-vous été fumeur au cours des 24 derniers mois?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tout trouble du coeur (par exemple crise cardiaque, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, maladie coronarienne, douleur thoracique, essoufflement ou palpitations)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hypertension artérielle ou maladie des vaisseaux sanguins (p. ex. cholestérol élevé, accident vasculaire cérébral ou trouble circulatoire)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous des problèmes respiratoires ou pulmonaires (asthme, bronchite, toux persistante, tuberculose, etc.)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tout trouble du système digestif, de la vésicule biliaire, du foie ou du pancréas (p. ex. ulcère gastrique ou duodénal, pancréatite, indigestion récurrente, hernie hiatale, hépatite B ou diarrhée persistante)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Toute maladie ou tout trouble des reins, de la vessie ou des organes de reproduction (par exemple, albumine dans l'urine, calculs rénaux, problèmes d'organes féminins ou maladie vénérienne)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Une plainte nerveuse ou mentale (par exemple, épilepsie, migraine, évanouissements, perte de conscience, paralysie, état d'anxiété ou dépression)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Tout trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la gorge (p. ex. décharge, vision défectueuse, port de lunettes / lentilles de contact, amygdalite récidivante, glandes enflées, plaies persistantes de la bouche, cataractes ou toute maladie oculaire héréditaire, altération fonctionnelle du nez, sinusite chronique, rhinite allergique)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Un trouble ou une maladie des muscles, des os, des articulations, des membres ou de la colonne vertébrale (par exemple, rhumatisme, arthrite, goutte, ostéoporose, disque glissé ou autre problème de dos)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Diabète, thyroïde ou autre trouble glandulaire ou sanguin?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bosses, excroissances (bénignes ou malignes), types de cancers (y compris la maladie de Hodgkin et la leucémie) cancer de la peau ou troubles cutanés?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Toute maladie tropicale (par exemple, bilharziose, paludisme, choléra)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ont fait l'objet d'un test de dépistage, de conseils médicaux, de conseils en vue d'un traitement, d'un traitement ou d'une analyse de sang en rapport avec le VIH / sida, une affection liée au sida ou une maladie transmissible sexuellement, ou ont reçu ou envisagez de recevoir ces conseils. Hépatite B, gonorrhée ou syphilis?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Êtes-vous (si vous êtes une femme) ou une de vos personnes à charge enceinte? Si oui, indiquez la date prévue de l'accouchement dans la section E1 ci-dessous.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu «Oui» à l'une des questions ci-dessus, veuillez compléter les détails ci-dessous. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez compléter la section F et / ou une feuille de papier séparée et la joindre à la demande. Veuillez joindre les rapports médicaux pertinents, le cas échéant.

| Nom du patient | Maladie | Type de traitement | Date du dernier traitement | Etat de santé actuel |
|----------------|---------|--------------------|----------------------------|----------------------|
|                |         |                    |                            |                      |
|                |         |                    |                            |                      |
|                |         |                    |                            |                      |
|                |         |                    |                            |                      |

### F. INFORMATIONS MÉDICALES SUPPLÉMENTAIRES

**G. DÉCLARATION DU DEMANDEUR (Doit toujours être signée par le demandeur)**

1. Je déclare que toutes les réponses données dans la présente demande sont véridiques, exactes et complètes à tous égards et que je préviendrai le souscripteur en cas de modification, dans le cas où l'évaluation est fondée, postérieure à la date de la présente demande et antérieure à celle-ci. de la politique commencement.
2. Je déclare en outre que toute fausse déclaration dans la présente demande ou la non-divulgence de toute information importante rendra ma police nulle et non avenue.
3. Je comprends les conditions préexistantes comme toute déficience physique, infirmité ou maladie préexistante survenue au cours de la dernière 24 mois, pour lesquels des médicaments prescrits et / ou un traitement ou un conseil était nécessaire ou reçu, ne seront pas couverts par la police pour les 12 premiers mois.
4. Accepter que je restreins ainsi mon droit à la vie privée, mais pour faciliter l'évaluation des risques et la examen de toute demande de prestations à mon égard, en tant que demandeur, j'autorise irrévocablement le souscripteur à obtenir de toute personne les informations que le souscripteur estime nécessaires, à tout moment (même après mon décès)..
5. Lors de la signature, je reconnais et accepte que je serai tenu personnellement responsable de tous les montants (primes et réclamations) due à Oraclemed Health (Pty) Ltd
6. Pour les membres du groupe uniquement: j'autorise mon employeur à déduire de mon salaire et à payer au souscripteur toutes les sommes pouvant être dues par moi..
7. Je comprends que ma couverture prendra effet à la date de l'acceptation, à condition que les primes dues aient été payées.
8. J'obtiendrai l'autorisation du centre d'appels si moi-même, ou toute autre personne à charge, exige une hospitalisation pour un événement autre que l'urgence au moins 10 jours avant l'événement. Je reconnais que le non-respect de cette obligation peut entraîner une réduction des avantages du souscripteur pour toute procédure engagée.
9. Aucune indemnité ne sera versée à moins que le souscripteur soit convaincu de la validité d'une demande d'indemnisation et ait reçu toutes les informations qu'il jugerait nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter, les résultats de tout examen médical et de tout test qui ils peuvent exiger de moi ou de mes personnes à charge de prendre.
10. Je m'engage à obtenir le consentement nécessaire de toute personne à laquelle ces conditions s'appliquent et à indemniser le souscripteur contre toute réclamation pouvant résulter de mon omission de le faire.
11. Je m'engage à donner un préavis écrit de 30 jours en cas de résiliation de ma police.

Prime convenue:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date de Commencement:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Signé à: \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature du demandeur: \_\_\_\_\_

**Administré par:**

Oraclemed Health (Pty) Ltd  
P.O. Box 786741  
Sandton, 2146  
South Africa

Tel. No: +27 11 326 7564  
Fax. No: +27 11 326 7531  
24 hr Numero D'urgence: +27 11 259 5075  
Website: www.oraclemed.com