



TOTAL RISK ADMINISTRATORS

GAP COVER CLAIM FORM

P.O.Box 1181, Parklands, 2121 - 12 Jersey Drive, Longmeadow Business Estate East, Longmeadow, 1609
Tel (011) 372 1500 - Fax (011) 372 1579 - E mail: gapcover@totalmed.co.za

IMPORTANT INFORMATION!!

Please complete the following form and return it to Total Risk Administrators for attention GAP CLAIMS DEPT. as follows:
Via e-mail to gapcover@totalmed.co.za OR by fax to (011) 372-1579 OR by post to P.O.Box 1181, Parklands, 2121.

FOR OFFICE USE ONLY

Date received

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

 Membership number

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

Date captured

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

 Captured by _____

SECTION 1 - PERSONAL DETAILS

Medical Aid Scheme

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

 Med Aid No.

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

Option _____
Title

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Mr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Mrs | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Other | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 (Specify)

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

 Initials

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

First names (in full)

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

Surname

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

Date of Birth

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

 Employee Number

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

Employer

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

Contact Number

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

Identity No.

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

| Address details: Residential address | Postal address |
|--------------------------------------|----------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Postal code | Postal code |

SECTION 2 - CLAIM DETAILS

| Beneficiary Name | Treatment Date | Provider Name | Provider Practice Number | Amount Charged | | | | | | |
|------------------|--|---------------|--------------------------|----------------|---|---|---|--|--|--|
| | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Y</td><td>Y</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td></tr></table> | Y | Y | M | M | D | D | | | |
| Y | Y | M | M | D | D | | | | | |
| | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Y</td><td>Y</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td></tr></table> | Y | Y | M | M | D | D | | | |
| Y | Y | M | M | D | D | | | | | |
| | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Y</td><td>Y</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td></tr></table> | Y | Y | M | M | D | D | | | |
| Y | Y | M | M | D | D | | | | | |
| | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Y</td><td>Y</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td></tr></table> | Y | Y | M | M | D | D | | | |
| Y | Y | M | M | D | D | | | | | |

NB! Please attach all documentary evidence to support this claim, i.e. service provider account and medical aid statement.

SECTION 3 - BANKING DETAILS

Please deposit the proceeds of this claim into the following bank account.

Bank

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

Branch

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

 Account Number

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

Branch Code

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

 Account Holder

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

Type of Account

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------|--------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Cheque | <input type="checkbox"/> | Savings | <input type="checkbox"/> | Transmission | <input type="checkbox"/> | Other | <input type="checkbox"/> | (please specify) | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

I, _____ the undersigned,

declare that the foregoing details are, to the best of my knowledge true, correct and complete.

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

MEMBER SIGNATURE **DATE**