transmed MEDICAL FUND

FOR ALL OUR PEOPLE

2027-PLANKEUSEVORM

WERKENDE LEDE EN PENSIOENARISSE

Voltooi asseblief al die afdelings in blokletters **slegs** as u na `n ander plan wil oorskakel.

U HET TWEE MANIERE OM U PLANKEUSE TE MAAK

Stuur die voltooide vorm per **e-pos** na **membership@transmed.co.za**.

Kontak die Kliëntediensdepartement by **0800 450 010**. Onthou om u lidmaatskap- en identiteitsnommers byderhand te hou. Moet asseblief nie die vorm indien as u reeds u plan telefonies verander het nie.

U mag slegs een keer 'n jaar na 'n ander plan oorskakel. Hierdie vorm moet die Fonds teen 31 Desember 2026 bereik. As ons nie u vorm teen hierdie datum ontvang nie, sal u plankeuse nie bygewerk kan word nie.

A. BESONDERHEDE VAN LID

Lidmaatskapnommer		Huidige plan	
Titel		Voornaam/-name	
Van			
Naam van bank		Bankrekeningnommer	
Takkode		Tipe	

Heg asseblief 'n afskrif van u ID en 'n bankstaat of gestempelde brief van u bank af aan (nie ouer as drie maande nie).

Posadres					
		Stad of dorp		Poskode	
Telefoonnommer (Werk)		Telefoonnommer (Huis)			
Selfoonnommer					
E-posadres					

Die bogenoemde inligting word vereis om u planverandering te bevestig en ons rekords by te werk. Let wel: Alle persoonlike inligting wat op hierdie vorm aangeteken en by Transmed Mediese Fonds ingedien word, sal verwerk word soos uiteengesit op hierdie vorm en soos gestipuleer in Transmed se privaatheidsbeleid.

B. PLANKEUSE VIR 2027

U mag slegs een plan kies. Merk asseblief u keuse met 'n 'X' in die toepaslike blokkie.

Ek bevestig hiermee dat ek vanaf 1 Januarie 2027 na die volgende plan wil oorskakel:

☐ Link-plan (Universal Healthcare Netwerk)

☐ Select-plan

Lid se voorletters en van	Datum	Lid se handtekening
	DD/MM/JJJJ	