



MOOIRIVIERTM

MEDIESE FONDSE • MEDICAL AID

Moorivier Mediese Fondse (Pty) Ltd

Reg No: 2018/417415/07

(Directors:

E Schoch & SC Van Staden)

📍 Walter Sisulu Street No. 11, Potchefstroom, 2531

✉ Email: mooimed@moorivier.com

📞 Phone: (018) 294-8109

🌐 www.moorivermedies.co.za

KLIËNT NIE-ADVIES VERKLARING

Ek, die ondergetekende, bevestig dat ek finansiële advies en/of 'n finansiële produk oor my finansiële bepalings benodig, van die volgende Finansiële Dienste Verskaffer (FSP):

Moorivier Mediese Fondse PTY LTD is 'n gemagtigde Finansiële Dienste Verskaffer – FSP 43939 verteenwoordig deur

SC Van Staden

6704040001084

_____, ID _____

Ek bevestig, dat ek ingelig was dat 'n FSP moet, voordat 'n kliënt met advies en/of verkoop van produk, verkry van die kliënt toepaslike en beskikbare persoonlike en finansiële inligting en doen 'n analise, gebaseer op daardie inligting, vir doeleindes van die advies, en, neem redelike stappe om te verseker dat die kliënt verstaan die advies en/of produk en dat die kliënt in 'n posisie is om 'n ingeligte besluit te neem.

Ek bevestig egter dat ek nie so 'n finansiële behoefte-analise wil hê nie, want ek weet watter tipe produk en/of produk ek nodig het.

Ek bevestig dat ek behoorlik ingelig is oor die volle implikasies van my optrede en dat ek dit oorweeg het, verklaar ek hiermee dat ek weet:

as 'n volledige analise nie kon onderneem word, dat daar beperkings op die toepaslikheid van die advies kan wees. Ek moet noukeurig oorweeg of die advies op sy eie gepas is in ag genome my finansiële behoeftes, doelwitte en situasie; om die risiko van die sluiting van 'n transaksie te voorkom wat nie geskik is vir my finansiële behoeftes, doelwitte en omstandighede nie, Ek moet 'n volledige finansiële behoefte-analise verkry.

Kliënt:

Volle name (Drukskrif)

Identiteitsnommer

Handtekening

Datum

Namens Moorivier Medies:

Volle name (Drukskrif)

Identiteitsnommer

Handtekening

Datum