

# SANLAM EXTERNAL STAFF: BENEFIT OPTION CHANGE FORM SANLAM BUIPEPERSOONEL: VOORDEELOPSIE-VERANDERING



\* Please fax this completed form to Carolina Zeelie at +27 21 957 1899/Faks asseblief die voltooië vorm na Carolina Zeelie by +27 21 957 1899

## 1. APPLICANT (PRINCIPAL MEMBER) / AANSOEKER (HOOFID)

Membership number Lidmaatskapnommer	<input type="text"/>	Date Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Surname Van	<input type="text"/>									
Initials Voorletters	<input type="text"/>	ID number ID-nommer	<input type="text"/>							
Postal address Posadres	<input type="text"/>								Code Kode	<input type="text"/>

## 3. CONTACT DETAILS / KONTAKBESONDERHEDE

Tel (W)	<input type="text"/>	Tel (H)	<input type="text"/>
Cell Sel	<input type="text"/>		
E-mail E-pos	<input type="text"/>		

## 4. BENEFIT OPTION / VOORDEELOPSIE

Benefit option (Indicate with 'X') / Voordeelopsie (Dui aan met 'X')							
Beat1	<input type="checkbox"/>	Beat1N (Network) †	<input type="checkbox"/>	Pace1	<input type="checkbox"/>	Pulse1 * ‡	<input type="checkbox"/>
Beat2	<input type="checkbox"/>	Beat2N (Network) †	<input type="checkbox"/>	Pace2	<input type="checkbox"/>	Pulse2 ‡	<input type="checkbox"/>
Beat3	<input type="checkbox"/>	Beat3N (Network) †	<input type="checkbox"/>	Pace3 *	<input type="checkbox"/>	* Basic salary per annum	
Beat4	<input type="checkbox"/>	Beat4N (Network) †	<input type="checkbox"/>	Pace4	<input type="checkbox"/>	R	<input type="text"/>

† Take note: If any BeatN option selected, please initial next to the acknowledgements below. Due to the efficiency discount imposed on the BeatN options, I acknowledge and agree to the following:  
Let wel: Indien enige van die BeatN opsies gekies word, parafeer asseblief langs die onderstaande. Vanweë die doeltreffendheidsafslag wat op die BeatN opsies van toepassing is, neem ek kennis en stem toe tot die volgende:

1. I am limited to a hospital network as determined by the Scheme. 1. Ek is beperk tot 'n hospitaalnetwerk soos deur die Skema bepaal.	<input type="checkbox"/>
2. I am aware of the location of the nearest above-mentioned network providers. 2. Ek is bewus van die naaste bovermelde netwerkverskaffers se ligging.	<input type="checkbox"/>
3. If I willingly do not make use of the aforesaid network providers, I am aware, and agree, that I will be held liable for a co-payment in terms of the Scheme Rules (as set out in the brochure). 3. As ek uit vrye keuse nie van die voormelde netwerkverskaffer gebruik maak nie, is ek bewus daarvan en stem ek toe dat ek verantwoordelik gehou sal word vir 'n bybetaling in gevolg van die Skemareëls (soos in die brosjure bepaal).	<input type="checkbox"/>
4. I am aware that this is a unique benefit option and that I may not, in terms of the Scheme Rules, change from a BeatN option to a standard Beat option during the year. 4. Ek is bewus dat hierdie 'n unieke voordeelopsie is en dat ek nie gedurende die jaar van 'n BeatN-opsie na 'n standaard Beat-opsie, ingevolge die Skemareëls, mag skuif nie.	<input type="checkbox"/>

‡ Take note: If any of the Pulse options is selected, please initial next to the acknowledgements below. Due to the contracted designated service provider network pertaining to the Pulse options, I acknowledge and agree that my chosen unique benefit option is subject to the following:  
Let wel: Indien enige Pulse opsies gekies word, parafeer asseblief langs die onderstaande. Vanweë die gekontrakteerde aangewese diensverskaffersnetwerk wat betrekking het tot die Pulse opsies, neem ek kennis en stem toe dat my gekose unieke voordeelopsie onderhewig is aan die volgende:

1. Primary care service provider network 1. Primêresorg diensverskaffersnetwerk	<input type="checkbox"/>
2. Specialist network 2. Spesialisnetwerk	<input type="checkbox"/>
3. Hospital network 3. Hospitaalnetwerk	<input type="checkbox"/>

### HR practitioner details:

Name & Surname:  
Naam & Van:

Telephone number/Telefoonnommer:

Signature of principal member/Handtekening van hooflid

Signature of Payroll officer/Handtekening van Betaalstaatbeampte

Signature of HR practitioner/Handtekening van Menslike Hulpbronne beampte