UP APPLICATION FORM
UP AANSOEKVORM

bestMed

1. APPLICANT (PRINCIPAL MEMBER) / AANSOEKER (HOOFLID)

Title / Titel

Surname / Van

Full names / Volle name

Date of birth of principal member / Geboortedatum van hooflid: D D M M Y Y Y Y

Language preference / Taalvoorkeur: Eng Afr

Marital status / Huwelikstatus: Unmarried Married

Date of marriage / Datum van huwelik: D D M M Y Y Y Y

ID number / ID-nommer

Gender / Geslag: M F

2. BENEFIT OPTION / VOORDEELOPSIE

Benefit option (Indicate with 'X') / Voordeelopsie (Dui aan met 'X')							
Beat1		Beat1N (Network) †		Pace1		Pulse1 * ‡	
Beat2		Beat2N (Network) †		Pace2		Pulse2 ‡	
Beat3		Beat3N (Network) †		Pace3 *			
Beat4		Beat4N (Network) †					

* Basic salary per annum/Jaarlikse basiese salaris: R

†

Take note: If any of the BeatN options is 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:	Initial Parafeer
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.	
2. I am aware of the location of the nearest above-mentioned network hospital providers. 2. Ek is bewus van die naaste bovermelde hospitaal netwerkverskaffers se ligging.	
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 gevolge die Skemareëls (soos in die brosjure bepaal).	
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, in gevolge van die Skemareëls, mag skuif nie.	

‡

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:	Initial Parafeer
1. Primary care service provider network 1. Primêresorg diensverskaffersnetwerk	
2. Specialist network 2. Spesialisnetwerk	
3. Hospital network 3. Hospitaalnetwerk	

• Block A, Glenfield Office Park, 361 Oberon Avenue, Faerie Glen, Pretoria, 0081, RSA • PO Box 2297, Pretoria, 0001, RSA
• Client Service 086 000 2378 • Fax +27 (0)12 472 6500 • E-mail service@bestmed.co.za • www.bestmed.co.za • Reg no. 1252

© Bestmed Medical Scheme 2014
Bestmed Medical Scheme is an Authorised Financial Services Provider (FSP no. 44058)
UP Application Form 2014-10-20 BMF-0203 V1.00

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

3. DEPENDANTS / AFHANKLIKES

Name Naam	Surname (If different from principal member) Van (Indien verskil van hooflid)	Gender Geslag		ID number (Date of birth for non-SA citizens: DDMMYYYY) ID-nommer (Geboortedatum vir nie-SA burgers: DDMM J J J J)	Relationship* Verwantskap*
		M	F		
		M	F		
		M	F		
		M	F		
		M	F		
		M	F		

* The rules of the Scheme will determine admission and the applicable rates. * Die Skemareëls sal die toelating en die toepaslike tariewe bepaal.

4. THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE COMPULSORY / DIE VOLGENDE DOKUMENTE IS 'N VEREISTE

A copy of the ID or passport of the principal member and dependant(s).		'n Afskrif van die ID of paspoort van die hooflid en afhanklike(s).
If a child is older than 21 - proof of registration at a tertiary institution (up to the age of 26) in order to qualify as a child dependant or a statement if child is older than 21 and unemployed.		As 'n kind ouer as 21 is - bewys van registrasie by 'n tersiêre instelling (tot op 'n ouderdom van 26) om as 'n kinderafhanklike te kwalifiseer of verklaring indien kind ouer as 21 en werkloos is.
In the case of extended family (parent, brother or sister only) and disabled persons - declaration of dependant(s) with regards to dependency on principal member.		In die geval van uitgebreide familie (slegs ouer, broer of suster) en gestremde persone - verklaring van afhanklike(s) met betrekking tot afhanklikheid van hooflid.
Proof of previous medical scheme membership must be provided; this applies to members and all dependants (NB: Not a membership card). The aforesaid proof must contain the period and type of cover.		Bewys van lidmaatskap van vorige mediese skemas; dit geld vir lede sowel as alle afhanklikes (LW: Nie 'n lidmaatskapkaart nie). Die bogenoemde moet die soort en tydperk van dekking insluit.
Proof of address such as a utility bill, not older than 3 months (as per FICA requirements).		Bewys van woonadres, soos 'n munisipale rekening, nie ouer as 3 maande nie (vir FICA-doeleindes).
Proof of banking details (Statement or letter from bank must not be older than 3 months).		Verskaf **bewys van bankbesonderhede** (Bankstaat of 'n brief van die bank nie ouer as 3 maande nie).

5. ADDRESS AND CONTACT DETAILS (PRINCIPAL MEMBER) / ADRES EN KONTAKBESONDERHEDE (HOOFLID)

Residential address
Woonadres

A

(Domicilium citandi et executandi)

Code
Kode

Postal address
Posadres

B

Code
Kode

Hard copy Scheme correspondence to be sent to (Indicate with 'X')
Stuur hardekopie Skemakorrespondensie na (Dui aan met 'X')

A		B	

Tel (W)

Tel (H)

Cell
Sel

Fax
Faks

E-mail
E-pos

If you do not wish to receive the welcome pack via post, enter physical address for delivery via courier
Indien u verkies om nie die verwelkomingspak via pos te ontvang nie, verskaf die fisiese adres vir koerieraflewering

Total member cards required
Aantal lidmaatskapkaarte benodig

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

6. PREVIOUS MEMBERSHIP STATUS / VORIGE LIDMAATSKAPSTATUS

Have you and/or your spouse/partner and/or dependant(s) been a member(s) or dependant(s) of a medical scheme(s)?
Was u en/of u gade/metgesel en/of afhanklike(s) 'n lid/afhanklike van 'n mediese skema(s)?

Yes/Ja	No/Nee

If "yes" attach termination certificate
Indien "ja" heg beëindigingsertifikaat aan

Name of scheme Naam van skema	Member number Lidmaatskapnommer	Principal member Hooflid	Dependant Afhanklike	Date from Datum vanaf	Date to Datum tot

Late Joiner Penalty (in terms of Regulation 131 of the Medical Schemes Act (Act 131 of 1998))

Late joiner penalties can be imposed on new members over the age of 35. Depending on the number of years the member did not belong to a medical scheme, a late joiner penalty will be added to the member's monthly contribution. The penalty is calculated on a sliding scale as shown in the table below, based on the total number of years from age 35 being effective 1 April 2001, where a member did not belong to a medical scheme.

Laataansluitingsboete (in gevolge Regulasie 131 van die Wet op Mediese Skemas (Wet 131 van 1998))

Laataansluitingsboetes kan op nuwe lede wat ouer as 35 jaar is gehef word. Afhangende van die aantal jare waartydens die lid nie aan 'n mediese skema behoort het nie, sal 'n laataansluitingsboete by die maandelikse bydrae gevoeg word. Die boete word bereken op 'n glyskaal soos uiteengesit in die onderstaande tabel en word gebaseer op die totale aantal jare ná die ouderdom van 35 effektief 1 April 2001, waartydens die lid nie aan 'n mediese skema behoort het nie.

Number of years since age 35 where applicant was not a member of a medical scheme Aantal jare sedert ouderdom 35 waartydens die aansoeker nie 'n lid van 'n mediese skema was nie	Penalty Boete
1 - 4 years / jaar	0.05 x contribution / bydrae
5 - 14 years / jaar	0.25 x contribution / bydrae
15 - 24 years / jaar	0.50 x contribution / bydrae
25+ years / jaar	0.75 x contribution / bydrae

7. BANKING DETAILS FOR CLAIMS REIMBURSEMENT / BANKBESONDERHEDE VIR EISBETALINGS

Account holder:
Rekeninghouer:

Surname
Van

Full names
Volle name

ID number
ID-nommer

Bank

Branch name
Taknaam

Branch code
Takkode

Account number
Rekeningnommer

Account
Rekening

Cheque / Tjek

Savings / Spaar

Date
Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Signature of applicant
Handtekening van aansoeker

Signature of account holder (if different from applicant)
Handtekening van rekeninghouer (indien verskillend van aansoeker)

Note: Please attach a copy of your bank statement (not older than 3 months). Details cannot be loaded without this required information.
Nota: Heg asseblief 'n afskrif van u bankstaat aan (nie ouer as 3 maande nie). Besonderhede kan nie opgelaai word sonder hierdie vereiste inligting nie.

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

8. MEDICAL QUESTIONNAIRE / MEDIESE VRAELYS

Please note: All questions in the medical history questionnaire must be answered with a YES or NO. Where the answer is YES, please give full details of the person concerned in the space provided. If you or any of your dependant(s) are suffering from a chronic condition, a medical report is required setting out details of the condition. If the space provided is insufficient, write the details on a separate page and attach it to this questionnaire.

Let wel: Alle vrae in die mediese geskiedenis-vraelys moet met 'n JA of NEE beantwoord word. In die geval van 'n JA, moet die volle besonderhede van die betrokke persoon voorsien word in die beskikbare spasie. Indien u of enige van u afhanklikes aan 'n chroniese siektetoestand lei, word 'n mediese verslag benodig wat die besonderhede uiteensit. Indien die spasie voorsien nie voldoende is nie, verskaf asseblief besonderhede op 'n afsonderlike bladsy en heg dit by hierdie vraelys aan.

Have you or any of your proposed beneficiary(-ies) received any medical advice, diagnosis, care or was treatment recommended or received for the following within the 12-month period ending on the date on which you are applying for membership? Het u of u voorgestelde begunstigde(s) in die laaste 12 maande voor hierdie aansoek om lidmaatskap enige mediese behandeling of sorg of advies rakende enige van die volgende toestande ontvang?	Indicate with an "X" Dui aan met 'n "X"		Name of patient Naam van pasiënt	Date diagnosed Datum gediagnoseer	Level/stage of illness, condition, nature of treatment, medication, dosage and hospitalisation Graad/stadium van toestand, aard van behandeling, medikasie, dosis en hospitalisasie
1. Congenital physical deviations e.g. bat-ears, valvular heart disease Kongenitale fisiese afwykings bv. bakore, hartklepsiektes	Yes / Ja	No / Nee			
2. Abnormality of skin (including allergies) e.g. eczema, psoriasis Velabnormaliteit (insluitende allergieë) bv. ekseem, psoriase	Yes / Ja	No / Nee			
3. Deviations and problems in skeleton, joints and muscles e.g. arthritis, back problems Skelet-, gewrigs- en spierafwykings en probleme bv. artritis, rugprobleme	Yes / Ja	No / Nee			
4. Sensory organs: sight, hearing, speech, also state spectacles and/or contact lenses Sintuie: sig, gehoor, spraak, meld brille en/of kontaklense	Yes / Ja	No / Nee			
5. Respiratory system e.g. asthma, COPD Siektes van die lugweë bv. asma, KOLS	Yes / Ja	No / Nee			
6. Cardio-vascular systems e.g. hypertension, cholesterol Siektes van die kardiovaskulêre stelsel bv. hipertensie, cholesterol	Yes / Ja	No / Nee			
7. Digestive system e.g. hiatus hernia, stomach ulcer Spysverteringstelselsiektes bv. hiatus hernia, maagseer	Yes / Ja	No / Nee			
8. Bladder, kidney and sexual system Blaas-, nier- en geslagstelselsiektes	Yes / Ja	No / Nee			
9. Nervous system e.g. paralysis, epilepsy, parkinsonism Senuweestelselsiektes bv. verlamming, epilepsie, parkinsonisme	Yes / Ja	No / Nee			
10. Hormone system e.g. hormone replacement therapy Hormoonstelsel bv. hormoonvervangingsterapie	Yes / Ja	No / Nee			
11. Metabolic diseases e.g. obesity, diabetes, porphyria, thyroid problems Metaboliese siektes bv. vetsug, diabetes, porfirie, skildklierprobleme	Yes / Ja	No / Nee			
12. Psychiatric or psychological treatment e.g. depression, anxiety Psigiatriese of sielkundige behandeling bv. depressie, angs	Yes / Ja	No / Nee			
13. Substance dependence e.g. alcohol, drugs Middelafhanklikheid bv. alkohol, dwelms	Yes / Ja	No / Nee			

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

14. Pregnant or suspected pregnancy Swanger of vermoede van swangerskap	Yes / Ja	No / Nee			
15. Have you ever been diagnosed with cancer? Please state type and date. Is kanker ooit voorheen by u gediagnoseer? Spesifiseer tipe en datum.	Yes / Ja	No / Nee			
16. Operations undergone. Please state type and date. Operasies ondergaan. Spesifiseer tipe en datum.	Yes / Ja	No / Nee			
17. Are you and/or your dependant(s) currently being treated for a medical condition or symptoms not stipulated above? Word u en/of u afhanklike(s) tans vir 'n mediese toestand of simptome behandel?	Yes / Ja	No / Nee			
18. A condition for which you and/or your dependant(s) received a payment and/or medical treatment of whatever nature e.g. third party claim 'n Toestand waarvoor u en/of u afhanklike(s) 'n uitbetaling en/of gewaarborgde mediese behandeling van welke aard ookal ontvang het, bv. derdeparty eis	Yes / Ja	No / Nee			
19. Any other medical condition not mentioned above, even though you or your dependant(s) did not receive treatment or advice or consult a doctor in the past 12 months? Enige ander mediese aangeleentheid wat nie hierbo gemeld is nie, selfs al het u of u afhanklike(s) nie behandeling of advies ontvang of 'n dokter gekonsulteer in die laaste 12 maande nie?	Yes / Ja	No / Nee			
20. Current medication used Huidige medisyne	Yes / Ja	No / Nee			
21. Dental treatment Tandheelkundige behandeling	Yes / Ja	No / Nee			
22. Contagious diseases e.g. positive for HIV/AIDS, Hepatitis B, Tuberculosis Oordraagbare / aansteeklike siektes bv. positief vir MIV/VIGS, Hepatitis B, Tuberkulose	Yes / Ja	No / Nee			
23. If you and/or any of your dependants are HIV positive or have AIDS and would prefer not to disclose your and/or their HIV status on this form due to confidentiality, then you must call 012 472 6249 or send an e-mail to mhc@bestmed.co.za in order to notify Bestmed of your and/or your dependant(s) that you and/or your dependants are living with HIV/Aids. This information must be disclosed to Bestmed within seven (7) working days from the application date of your and/or your dependant(s) membership. On receipt of this request Bestmed will determine whether underwriting conditions will be applied, and if this is the case, you will receive an amended proof of membership document. Indien u en/of enige van u afhanklikes MIV-positief is of VIGS het en verkies om nie u en/of hul MIV-status op hierdie vorm wil meld nie, weens vertroulikheid, moet u 012 472 6249 skakel of 'n e-pos stuur na mhc@bestmed.co.za om Bestmed in kennis te stel van u en/of u afhanklike(s) dat u en/of u afhanklikes met MIV/Vigs saamleef. Hierdie inligting moet binne sewe (7) werksdae vanaf die datum van u aansoek vir u en/of u afhanklike(s) se lidmaatskap aan Bestmed gemeld word. By ontvangs van die versoek sal Bestmed bepaal of onderskrywingstoestande toegepas sal word, en indien dit die geval is, sal u 'n dokument met 'n gewysigde bewys van lidmaatskap ontvang.	Yes / Ja	No / Nee			

Please note: if you are currently using chronic medication, also complete the separate application form available on the website, or call 086 000 2378

Let wel: indien u tans chroniese medisyne gebruik, voltooi ook die afsonderlike aansoekvorm wat beskikbaar is op die webwerf, of skakel 086 000 2378

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

9. STATEMENT OF APPLICANT / VERKLARING DEUR AANSOEKER

I, ______________________________ hereby declare that:

a. Should I be enrolled as a member of Bestmed, I shall subject myself to the rules of Bestmed;

b. I understand that if my application for membership is approved and accepted, the information furnished on my application form will be used as the basis of my application and the payment of benefits in the future;

c. I irrevocably hereby grant permission on behalf of myself as well as on behalf of my dependant(s) (if applicable) to any physician, person or party who may be in possession of or obtain information concerning my state of health or that of my dependant(s), treatment received or expected as well as any other relevant information to divulge such information to Bestmed or its proxy on demand, also after my death or that of my dependant(s); I understand that this information together with other information will be used to evaluate the payment of benefits for certain medical conditions, I warrant that I have obtained my dependant(s) consent to grant this authorisation;

d. I undertake to pay my share of accounts to Bestmed; on default, I hereby authorise my employer/business to deduct the amount due from my salary or should I resign, I hereby authorise my employer/business to deduct the amount due from my pension or any other monies due to me and pay this over to Bestmed;

e. If after my admission as a member of Bestmed it is found that any statement or information furnished by me was knowingly and/or wilfully inadequate, incomplete or untrue, I agree to refund in full to Bestmed all payments which Bestmed may have made on my behalf and to relinquish any claim to any benefits on the part of Bestmed;

f. Any deterioration or change in my state of health or in that of any dependant(s) before the date or event to be set by Bestmed for commencement of membership, or the date of acceptance of this application by Bestmed, or the date of receipt of the first subscription, whichever date is the latest shall entitle Bestmed to reconsider the application and propose new terms of admission or declare the membership null and void in which case all monies paid to Bestmed in connection with this membership before Bestmed is informed of the change, shall be forfeited and benefits paid by Bestmed shall immediately be refunded to Bestmed;

g. Bestmed reserves the right to cancel membership should it become apparent that false information was wilfully supplied on this application.

Ek, ______________________________ verklaar dat:

a. Indien ek as lid van Bestmed ingeskryf word, ek my aan die reëls van Bestmed onderwerp;

b. Ek verstaan dat indien my aansoek om lidmaatskap goedgekeur en aanvaar word, die inligting vervat in my aansoekvorm in die toekoms die basis sal vorm van my aansoek en die betaling van voordele;

c. Ek gee onherroeplik toestemming aan enige geneesheer, persoon of instansie wat in besit mag wees of in besit mag kom van inligting aangaande my gesondheid of dié van my afhanklike(s), om die inligting aan Bestmed of sy gevolmagtigde te openbaar, ook na my dood of dié van my afhanklike(s). Ek verstaan dat die inligting tesame met ander inligting in ag geneem sal word met die evaluasie van betalings ten opsigte van sekere mediese toestande. Ek waarborg dat ek my afhanklike(s) se toestemming verkry het om hierdie magtiging te verleen;

d. Ek onderneem om my bydrae op rekeninge aan Bestmed te vereffen en by versuim magtig ek my werkgewer/onderneming hiermee om die verskuldigde bedrag van my salaris af te trek, of indien ek sou bedank, magtig ek my werkgewer/onderneming hiermee om die verskuldigde bedrag van my pensioen of enige ander gelde aan my betaalbaar af te trek en aan Bestmed oor te betaal;

e. Indien daar na my toelating as lid van Bestmed gevind word dat enige verklaring of inligting deur my verstrek, willens en/of wetens onvoldoende of onwaar was, ek toestem om alle betalings wat Bestmed namens my gemaak het, ten volle terug te betaal en om alle aanspreeklikheid op enige voordele aan die kant van Bestmed, te verbeur;

f. Enige verswakking of verandering in my gesondheidstoestand of in dié van my afhanklikes voor die datum of gebeurtenis wat deur Bestmed vir die aanvang van lidmaatskap gestel sal word, of die datum van die aanvaarding van hierdie aansoek deur Bestmed, of die datum van ontvangs van die eerste ledegelde, watter een ookal laaste is, Bestmed die reg sal gee om die aansoek te heroorweeg en nuwe voorwaardes vir toelating voor te stel of die lidmaatskap nietig te verklaar, in welke geval alle gelde wat ten opsigte van hierdie lidmaatskap aan Bestmed betaal is voordat Bestmed kennis van die verandering ontvang het, verbeur word en uitbetaalde voordele onverwyld aan Bestmed terugbetaal sal word;

g. Bestmed behou die reg om lidmaatskap onverwyld te kanselleer indien dit aan die lig sou kom dat valse inligting willens en wetens met hierdie aansoek verskaf is.

____
Signature of applicant/Handtekening van aansoeker

____
Signature of witness/Handtekening van getuie

10. HEALTHCARE ADVISOR DECLARATION / GESONDHEIDSORGADVISEUR SE VERKLARING

1) I declare that I am an accredited Bestmed healthcare advisor, I am fully licensed by the Financial Services Board (FSB) in terms of the Financial Advisory and Healthcare Advisor Services Act 37 of 2002 and an accredited broker in terms of Section 65 of the Medical Schemes Act.
2) I accept that the applicant has appointed me as his/her healthcare advisor and that he/she is entitled to terminate my services at his/her will.
3) I confirm that the applicant was given my personal details including my physical and postal address and contact number.
4) I acknowledge that in terms of Act 131 of 1998 in the Medical Schemes Act (or as amended), a monthly statutory commission will be paid out to me up to a maximum amount as set by the Medical Schemes Act.
5) I declare that there has been no misrepresentation of any fact by me and that in the event of material or unlawful conduct, I will be responsible for refunding all monies paid in effect of such misrepresentation or conduct.
6) I declare that the applicant is familiar with the information required in the application form and he/she has provided all the correct information.
7) I declare that the advice and support given to the applicant was unbiased and in his/her best interest.
8) I declare that the applicant has personally signed this application form.

1) Ek verklaar dat ek 'n geakkrediteerde Bestmed gesondheidsorgadviseur is, ten volle gelisensieer is deur die Raad op Finansiële Dienste (RFD) in gevolge die Wet op Finansiële Advies- en Gesondheidsorgadviesdienste 37 van 2002 en 'n geakkrediteerde makelaar ingevolge Wet 65 van die Wet op Mediese Skemas is.
2) Ek aanvaar dat die aansoeker my aangestel het as sy/haar gesondheidsorgadviseur en dat hy/sy daarop geregtig is om my dienste te beëindig.
3) Ek bevestig dat die aansoeker my persoonlike besonderhede, insluitend my fisiese en posadres, sowel as my telefoonnommer ontvang het.
4) Ek verklaar dat ingevolge Wet 131 van 1998 van die Wet op Mediese Skemas (of soos gewysig), 'n maandelikse statutêre kommissie aan my uitbetaal sal word, tot en met 'n maksimum bedrag soos vasgestel deur die Wet op Mediese Skemas.
5) Ek erken dat daar geen wanvoorstelling van enige feite deur my is nie en dat in die geval van materiële of onwettige optrede, ek verantwoordelik sal wees vir die terugbetaling van alle gelde wat betaal is in die effek van so 'n wanvoorstelling.
6) Ek verklaar dat die aansoeker bekend is met die inligting wat benodig word in die aansoekvorm en dat hy/sy al die korrekte inligting verskaf het.
7) Ek verklaar dat die raad en ondersteuning wat gegee is aan die aansoeker onbevooroordeeld en in sy/haar beste belang is.
8) Ek verklaar dat die aansoeker persoonlik hierdie aansoekvorm onderteken het.

11. SUMMARY OF MONTHLY COST / OPSOMMING VAN MAANDELIKSE KOSTES

1. Total high risk premium (principal member or principal member and spouse/partner and child dependant/s)
   Totale hoë-risiko premie (hooflid of hooflid en gade/metgesel en kinderafhanklike(s)
   R ______ . __

2. Total monthly medical savings account
   Totale maandelikse mediese spaarrekening
   R ______ . __

3. Extended family (including monthly savings)
   Uitgebreide familie (ingesluit maandelikse spaarrekening)
   R ______ . __

MONTHLY TOTAL (1-3)
TOTALE MAANDELIKSE KOSTE (1-3)
R ______ . __

Healthcare advisor name
Naam van gesondheidsorgadviseur ______________________

Healthcare advisor code
Gesondheidsorgadviseurskode ______________________

Healthcare advisor signature/Handtekening van gesondheidsorg-adviseur

Datum
Date D D M M Y Y Y Y

Signature of applicant/Handtekening van aansoeker

Signature of witness/Handtekening van getuie

Datum
Date D D M M Y Y Y Y

Initial of applicant:
Paraaf van aansoeker:

12. STATEMENT BY EMPLOYER / VERKLARING DEUR WERKGEWER

To be completed by Employer **(ALL FIELDS COMPULSORY)** / Moet deur Werkgewer voltooi word **(ALLE VELDE VERPLIGTEND)**

Employer name
Naam van Werkgewer

Employer code
Werkgewerkode

HR practitioner details:
Menslikehulpbronne-praktisyn besonderhede:

Surname
Van

Full names
Volle name

E-mail
E-pos

Telephone number
Telefoonnommer

State that the applicant/Verklaar dat die aansoeker:

a. Has been **permanently** employed by us since/Is **permanent** in ons diens is vanaf D D M M Y Y Y Y

b. Bestmed membership to start/Bestmed lidmaatskap aanvangsdatum D D M M Y Y Y Y

c. Department/Departement

d. Personnel number/Personeelnommer

e. Total monthly contribution to be paid to Bestmed
Totale maandelikse ledegeld betaalbaar aan Bestmed R .

Remarks/Kommentaar

Signature of HR practitioner/Handtekening van MH-praktisyn

Date
Datum D D M M Y Y Y Y

Name stamp of employer/Naamstempel van werkgewer