

**CORPORATE APPLICATION FORM  
KORPORATIEWE AANSOEKVORM**



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

Title Titel	<input type="text"/>	Bestmed join date Bestmed aanvangsdatum	<input type="text"/>
First name Eerste naam	<input type="text"/>	Gender Geslag	<input type="text"/>
Middle name Middel naam	<input type="text"/>	Preferred language Taalvoorkeur	<input type="text"/>
Surname Van	<input type="text"/>		
ID number ID-nummer	<input type="text"/>		
Passport number Paspoortnommer	<input type="text"/>		
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)	<input type="text"/>	Date of birth Geboortedatum	<input type="text"/>
SARS tax number (SARS legislative requirement) SARS belasting nommer (SARS wetgewende vereiste)	<input type="text"/>		
Marital status Huwelikstatus	<input type="text"/>	Date of marriage/divorce Datum van huwelik/egskeiding	<input type="text"/>
Current employer Huidige werkgever	<input type="text"/>		
Date of employment Aanstellingsdatum	<input type="text"/>	Employee number Werknemernummer	<input type="text"/>

**2. 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"/>		
Beat4	<input type="checkbox"/>			Pace4	<input type="checkbox"/>		

**Income bracket if you are joining on the Pulse1 Option / Inkomste kategorie as u aansluit op die Pulse1 opsie:**

R 0 - R 5 500 monthly / maandeliks	R 5 501 - R 8 500 monthly / maandeliks	R 8 501 and above / bo monthly / maandeliks
---------------------------------------	---	---

\* Please note that you will be registered on the highest interval, pending confirmation from your HR.  
\* Let wel dat u op die hoogste interval geregistreer sal word, tot bevestiging van u Personeelkantoor ontvang word.

† Take note: If any of the BeatN options are 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 and designated service providers as determined by the Scheme. 1. Ek is beperk tot 'n hospitaalnetwerk en aangewese diens verskaffers 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. 3. As ek uit vrye keuse nie van die voormelde netwerkverskaffers gebruik maak nie, is ek bewus daarvan en stem ek toe dat ek verantwoordelik gehou sal word vir 'n bybetaling in gevolg die Skemareëls.	
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 gevolg van die Skemareëls, mag skuif nie.	

‡ Take note: If any of the Pulse options are 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	

Initial of applicant: Paraaf van aansoeker:	<input type="text"/>
--	----------------------

### 3. HEALTHCARE ADVISOR DECLARATION / GESONDHEIDSORGADVISEUR SE VERKLARING

1. I declare that I am an accredited Bestmed healthcare advisor, I am a registered advisor in terms of the Financial Advisory and Intermediary Services Act 37 of 2002 to sell Health Service Benefits and an accredited broker in terms of Section 65 of the Medical Schemes Act.	1. Ek verklaar dat ek 'n geakkrediteerde Bestmed gesondheidsorg adviseur is, ek is geregistreer as 'n adviseur ingevolge die Wet op Finansiële Advies- en Gesondheidsorgadviesdienste 37 van 2002 en 'n geakkrediteerde makelaar ingevolge gedeelte 65 van die Wet op Mediese Skemas is.
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.	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. I confirm that the applicant was given my personal details including my physical and postal address and contact number.	3. Ek bevestig dat die aansoeker my persoonlike besonderhede, insluitend my fisiese en posadres, sowel as my telefoonnummer ontvang het.
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.	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. 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.	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. I declare that the applicant is familiar with the information required in the application form and he/she has provided all the correct information.	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. I declare that the advice and support given to the applicant was unbiased and in his/her best interest.	7. Ek verklaar dat die raad en ondersteuning wat gegee is aan die aansoeker onbevooroordeel en in sy/haar beste belang is.
8. I declare that the applicant has personally signed this application form.	8. Ek verklaar dat die aansoeker persoonlik hierdie aansoekvorm onderteken het.


### 4. SUMMARY OF MONTHLY COST / OPSOMMING VAN MAANDELIKSE KOSTES

Subject to the broker appointment contract with the employer group / Onderhewig aan the makelaar aanstellings kontrak met the werkgewer groep

1. Total high risk premium (principal member or principal member and spouse/partner and child dependants/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																		
<b>MONTHLY TOTAL (1-3) TOTALE MAANDELIKSE KOSTE (1-3)</b>	R																		

Healthcare advisor name  
Naam van gesondheidsorgadviseur **D e o n V a l e n t i n e**

Healthcare advisor code  
Gesondheidsorgadviseurskode **C M A I O 1 G O K N S S**

Healthcare advisor signature / Handtekening van gesondheidsorg-adviseur 

Date  
Datum **D D M M Y Y Y Y**

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

Email address  
E-pos adres

Telephone number (w)  
Telefoonnummer (w)

Fax number  
Faksnummer

Cell phone number  
Selfoonnummer

Is your home address the same as your postal address?  
Is u woonadres adres dieselfde as u posadres?

Yes / Ja  No / Nee

*Please take note that all future hard-copy correspondence will be sent to the postal address provided below. / Let wel dat alle toekomstige hardkopie korrespondensie gestuur sal word na die posadres soos onder verskaf.*

#### Home address details / Woonadres besonderhede

Address  
Adres

Street  
Straat

Suburb  
Voorstad

Town/city  
Dorp/stad

Postal code  
Poskode

#### Postal address details / Posadres besonderhede (Domicilium citandi et executandi)

Address  
Adres

Street  
Straat

Suburb  
Voorstad

Town/city  
Dorp/stad

Postal code  
Poskode

Until receiving your membership card/s via post, you are able to download your e-card via the Bestmed app.  
Tot tyd en wyl u lidmaatskap kaart/e u bereik, kan u gerus u e-kaart aflaai via die Bestmed-app.

## 6. YOUR BANKING DETAILS / U BANKBESONDERHEDE

### CLAIMS REFUND BANKING DETAILS / EISE TERUGBETALINGS BANKBESONDERHEDE

Bank Bank	<input type="text"/>												
Branch Tak	<input type="text"/>								Branch code Takkode	<input type="text"/>			
Type of account Tipe rekening	<input type="checkbox"/> Cheque/current Tjek/lopende		<input type="checkbox"/> Savings Spaar		Account number Rekeningnommer	<input type="text"/>							
Name of the account holder Naam van rekeninghouer	<input type="text"/>												
If account holder differs from principal member, please confirm account holder's ID number Indien die rekeninghouer verskil van die hooflid, bevestig asseblief rekeninghouer se ID-nommer													
<input type="text"/>													
<input type="text"/>						<input type="text"/>							
Signature of applicant / Handtekening van aansoeker						Signature of account holder (if different from applicant) / Handtekening van rekeninghouer (indien verskillend van aansoeker)							

## 7. DEPENDANTS / AFHANKLIKES

### 1. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam	<input type="text"/>											
Surname Van	<input type="text"/>											
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)	<input type="text"/>								Gender Geslag	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)	<input type="text"/>				Date of birth Geboortedatum	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y						
SARS tax number SARS belasting nommer	<input type="text"/>											
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer	<input type="text"/>											
Email address E-pos adres	<input type="text"/>											

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

### Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

### If other, please specify relationship:

(affidavit/legal documents and proof of income required)

### Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

## 2. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam																
Surname Van																
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)											Gender Geslag	M	F			
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)							Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	
SARS tax number SARS belasting nommer																
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer																
Email address E-pos adres																

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

**Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid** (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

**If other, please specify relationship:**

(affidavit/legal documents and proof of income required)

**Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:**

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

## 3. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam																
Surname Van																
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)											Gender Geslag	M	F			
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)							Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	
SARS tax number SARS belasting nommer																
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer																
Email address E-pos adres																

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

**Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid** (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

**If other, please specify relationship:**

(affidavit/legal documents and proof of income required)

**Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:**

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

#### 4. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam																								
Surname Van																								
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)													Gender Geslag	M	F									
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)							Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y									
SARS tax number SARS belasting nommer																								
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer																								
Email address E-pos adres																								

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

#### Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

#### If other, please specify relationship:

(affidavit/legal documents and proof of income required)

#### Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

---

#### 5. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam																								
Surname Van																								
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)													Gender Geslag	M	F									
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)							Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y									
SARS tax number SARS belasting nommer																								
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer																								
Email address E-pos adres																								

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

#### Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

#### If other, please specify relationship:

(affidavit/legal documents and proof of income required)

#### Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

---

## 6. Dependant details / Afhanklike besonderhede

First name Eerste naam															
Surname Van															
ID number (passport number for non-SA citizens) ID-nommer (paspoort nommer vir nie-SA burgers)											Gender Geslag		M	F	
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)						Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	
SARS tax number SARS belasting nommer															
Dependant contact number Afhanklike kontak nommer															
Email address E-pos adres															

**Provision of contact information for your dependant older than 18 years will allow Bestmed to communicate chronic information directly to the applicable dependant/s.**

**Indien u die kontakbesonderhede van u afhanklikes wat ouer as 18 jaar aan Bestmed verskaf, sal ons direk kan kommunikeer aan die toepaslike afhanklike/s rakende chroniese informasie.**

### Relationship to principal member / Verwantskap aan hooflid (Indicate with an 'X' / Dui aan met 'n 'X')

Spouse Gade	<input type="checkbox"/>	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	<input type="checkbox"/>	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	<input type="checkbox"/>	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

### If other, please specify relationship:

(affidavit/legal documents and proof of income required)

### Indien ander, spesifiseer asseblief verwantskap:

(beëdigde verklaring/wetlike dokumente en bewys van inkomste vereis)

## 8. PARTNERSHIP DECLARATION / VENNOOTSAP VERKLARING

**Only to be completed if you are registering a partner/fiancé/common-law spouse / Voltooi slegs as u 'n lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade registreer**

I / Ek																	
(principal member name and surname) declare that I have established a partnership with / (hooflid naam en van) verklaar dat ek 'n vennootskap																	
gevestig het met																	
(your partner/fiancé/common-law spouse name and surname) and that we have been living together since (u lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade naam en van) en dat ons reeds saam woon sedert																	
										D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
I declare that we intend to continue living together indefinitely, and I undertake to inform Bestmed within 30 days in the event of termination of this partnership.										Ek verklaar dat ons van plan is om vir 'n onbepaalde tydperk saam te woon. Ek onderneem om Bestmed in te lig, binne 30 dae, van beëindiging van hierdie vennootskap.							

Signed by me Onderteken deur my		on this op die	<input type="text"/>	<input type="text"/>	day of dag van	month / maand	Y	Y	Y	Y
Signature of principal member / Handtekening van hooflid										

## 9. CHILD DECLARATION / KINDER VERKLARING

**Only to be completed if you are registering a child where the surname differs to the principal member**

**Voltooi slegs vir u kind afhanklike wat u registreer, wie se van verskil van hooflid s'n**

I / Ek															
(principal member name and surname) declare that (all children where surname's differs to principal member) is my/my spouse/my partner(s) biological child. (hooflid naam en van) verklaar dat (alle kinders wat se van verskil van hooflid) is my/my gade/my lewensmaat se biologiese kind.															
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															

Signed by me Onderteken deur my		on this op die	<input type="text"/>	<input type="text"/>	day of dag van	month / maand	Y	Y	Y	Y
Signature of principal member / Handtekening van hooflid										

\* The rules of the Scheme will determine admission and the applicable rates.

\* Die Skemareëls sal die toelating en die toepaslike tariewe bepaal.

## 10. UNDERWRITING POLICY / ONDESKRYWINGS BELEID

### It is important to note that proof of previous membership may prevent possible waiting periods being imposed:

Bestmed will do NO risk underwriting in respect of staff of participating employers who apply for registration as Principal members within 90 (ninety) days of the date of permanent appointment, marriage or divorce.

The Scheme may impose upon a person in respect of whom an application is made for membership or admission as a Dependant, and who was not a beneficiary of a medical scheme for a period of at least 90 (ninety) days preceding the date of application:

- A general waiting period of up to 3 (three) months;
- A condition-specific waiting period of up to 12 (twelve) months.

The Scheme may impose upon any person in respect of whom an application is made for membership or admission as a Dependant, and who was previously a beneficiary of a medical scheme for a continuous period of up to 24 (twenty-four) months, terminating less than 90 (ninety) days immediately prior to the date of application:

- A condition-specific waiting period of up to 12 (twelve) months, except in respect of any treatment or diagnostic procedures covered within the prescribed minimum benefits; or
- In respect of any person contemplated in this sub-rule, where the previous medical scheme had imposed a general or condition-specific waiting period, and such waiting period had not expired at the time of termination, a general or condition-specific waiting period for the unexpired duration of such waiting period imposed by the former medical scheme.

The Scheme may impose upon any person in respect of whom an application is made for membership or admission as a Dependant, and who was previously a beneficiary of a medical scheme for a continuous period of more than 24 (twenty-four) months, terminating less than 90 (ninety) days immediately prior to the date of application.

- A general waiting period of up to 3 (three) months, except in respect of any treatment or diagnostic procedures covered within the prescribed minimum benefits.

**Bestmed will implement waiting periods and evaluate and/or investigate information and membership in all cases where adverse selection is exercised to obtain specific benefits.**

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

Late joiner penalties can be imposed on beneficiaries over the age of 35. Depending on the number of years the beneficiary did not belong to a medical scheme, a late joiner penalty will be added to the members monthly risk 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 beneficiary did not belong to a medical scheme

### Dit is belangrik om daarop te let dat bewys van vorige lidmaatskap, moontlike wagtydperke kan voorkom:

Bestmed sal GEEN risiko onderskrywing doen ten opsigte van personeel van deelnemende werkgewers wat binne 90 (negenig) dae vanaf die datum van permanente aanstelling, huwelik of egskeiding aansoek doen om registrasie as begunstigde.

Die Skema kan die volgende beperkings afdwing ten opsigte van 'n persoon wat aansoek doen vir lidmaatskap of toelating as afhanklike, wat nie 'n begunstigde van 'n mediese skema was vir 90 dae voor die aansoekdatum nie:

- 'n Algemene wagperiode van tot drie (3) maande;
- 'n Kondisie-spesifieke wagperiode vir 'n periode van tot 12 (twaalf) maande.

Die Skema kan die volgende beperkings afdwing ten opsigte van 'n persoon wat aansoek doen vir lidmaatskap of toelating as afhanklike, wat voorheen 'n begunstigde van 'n mediese skema was vir 'n aaneenlopende periode tot en met 24 maande, maar wat minder as 90 dae direk voor die aansoek om lidmaatskap, lidmaatskap beëindig het:

- 'n Kondisie-spesifieke wagperiode van tot 12 (twaalf) maande, behalwe ten opsigte van enige behandeling of diagnostiese prosedures wat binne die voorgeskrewe minimum voordele gedek word; of
- Ten opsigte van enige persoon in hierdie subreël waar die vorige mediese skema 'n algemene of kondisiespesifieke wagtydperk opgelê het, en so 'n wagtydperk nie op die tyd van beëindiging van lidmaatskap by die vorige skema verstryk het nie, sal 'n algemene of kondisie-spesifieke wagtydperk vir die onverstreke duur van die sodanige wagtydperk geld.

Die Skema kan die volgende beperkings afdwing ten opsigte van 'n persoon wat aansoek doen vir lidmaatskap of toelating as afhanklike, wat voorheen 'n begunstigde van 'n mediese skema was vir 'n aaneenlopende periode van meer as 24 maande, maar wat minder as 90 dae direk voor die aansoek om lidmaatskap, lidmaatskap beëindig het:

- 'n Algemene wagtydperk van tot drie (3) maande, behalwe ten opsigte van enige behandeling of diagnostiese prosedures wat binne die voorgeskrewe minimum voordele gedek word.

**Wagperiodes sal geïmplementeer word deur Bestmed asook ondersoek in stel en/of inligting en lidmaatskap evalueer in alle gevalle waar nadelige seleksie uitgeoefen word om spesifieke voordele te verkry.**

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

Laataansluitingsboetes kan op begunstigdes wat ouer as 35 jaar is gehef word. Afhangende van die aantal jare waartydens die begunstigde nie aan 'n mediese skema behoort het nie, sal 'n laataansluitingsboete by die maandelikse risikobydrae 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 begunstigde 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 risk contribution / risikobydrae
5 - 14 years/jaar	0.25 x risk contribution / risikobydrae
15 - 24 years/jaar	0.50 x risk contribution / risikobydrae
25+ years/jaar	0.75 x risk contribution / risikobydrae

## 11. MEDICAL QUESTIONNAIRE / MEDIÛESE VRAELYS

**Please note:** 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. *The examples listed under each condition below is not intended as a full list of conditions, disorders or symptoms, but only serve as examples.*

**Let wel:** 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 siektoestand lei, word 'n mediese verslag benodig wat die besonderhede uiteensit. Indien die spasie wat voorsien word nie voldoende is nie, verskat asseblief besonderhede op 'n afsonderlike bladsy en heg dit by hierdie vraelys aan. *Die voorbeelde wat onder by die toestande gelys is nie 'n volledige lys van toestande, versteurings of simptome nie, maar dien slegs as voorbeelde.*

Have you or any of your proposed beneficiary-(ies) received any medical advice, diagnosis, care or was recommended for treatment for the following, within the 12 month period ending on the date on which you are applying for membership. Please clearly specify the diagnosed conditions in relevant tables. Het u of enige van u begunstigde(s) mediese advies, diagnose, versorging of behandeling vir die volgende ontvang gedurende die 12 maande tydperk wat geëindig het op die datum waarop u aansoek om lidmaatskap gedoen het? Dui asseblief duidelik die gedagnoseerde toestande aan in die verwante tabelle.	Indicate with an "X" (compulsory)		Name of patient	Date diagnosed	Last treatment date	Level/stage of illness, condition, nature of treatment, medicine, dosage and hospitalisation
	Yes /Ja	No / Nee				
1. Congenital physical deviations e.g. bat ears, valvular heart disease Kongenitale fisiese afwykings bv. bakore, hartklepsiektes	Yes /Ja	No / Nee	Naam van pasiënt	Datum gediagnoseer	Laaste datum van behandeling	Graad/stadium van siekte toestand, aard van behandeling, medisyne, dosis en hospitalisasie
2. Abnormality of skin (including allergies) e.g. eczema, psoriasis, acne Velabnormalliteit (insluitende allergieë) bv. ekseem, psoriase, aknee	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, high cholesterol, heart failure, thrombosis Siektes van die kardiovaskulêre stelsel bv. hipertensie, hoë cholesterol, hartversaking, trombose	Yes /Ja	No / Nee				
7. Digestive system e.g. hiatus hernia, stomach ulcer, spastic colon, gallstones Spysverteringsstelselsiektes bv. hiatus hernia, maagseer, spastiese kolon, galstene	Yes /Ja	No / Nee				
8. Urinary system, e.g. kidney problems (infections, failure, dialysis, stones) or bladder problems (infection, incontinence) Urienwagsisteem, bv. nierprobleme (infeksies, versaking, dialise en stene) of blaasprobleme (infeksie, inkontinensie)	Yes /Ja	No / Nee				
9. Metabolic diseases e.g. obesity, diabetes, porphyria, thyroid problems Metaboliese siektes bv. vetsug, diabetes, porfirie, skildklierprobleme	Yes /Ja	No / Nee				
10. Psychiatric or psychological treatment e.g. depression, anxiety, sleeping disorders, counselling Psigiatriese of sielkundige behandeling bv. depressie, angs, slaapversteurings, berading	Yes /Ja	No / Nee				
11. Nervous system e.g. paralysis, epilepsy, Parkinson's disease, headaches, stroke Senuweestelselsiektes bv. Verlamming, epilepsie, Parkinson se siekte, hoofpyn, beroerte	Yes /Ja	No / Nee				
12. Substance dependence e.g. alcohol, drugs, rehabilitation Middelafhanklikheid bv. alkohol, dwelms, rehabilitasie	Yes /Ja	No / Nee				
13. Have you ever been diagnosed with cancer, a growth or tumour of any kind? Please state type and date. Is kanker, 'n vergroeiing of gewas van enige soort ooit voorheen by u gediagnoseer? Spesifiseer tipe en datum.	Yes /Ja	No / Nee				



14. Dental treatment Tandheelkundige behandeling	Yes /Ja	No/ Nee			
15. Ear, Nose and throat related treatment, e.g. grommets, nasal surgery, tonsils Oor, neus en keel behandeling, bv. oorpyties, neus chirurgie, mangels	Yes /Ja	No/ Nee			
16. Operations undergone. Please state type and date. Operasies ondergaan. Spesifiseer tipe en datum.	Yes /Ja	No/ Nee			
17. Current medication used, not yet stated above Huidige medisyne wat gebruik word en nog nie hier bo gemeld is nie	Yes /Ja	No/ Nee			
18. 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			

\* 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 mhcbestmed.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 te meld nie, weens vertroulikheid, moet u 012 472 6249 skakel of 'n e-pos stuur na mhcbestmed.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.

19. 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			
20. Any other medical condition not mentioned above, that you or your dependant(s) might have received treatment or advice, or consult a doctor for, in the past 12 months? Enige ander mediese aangeleentheid wat nie hierbo gemeld is nie, wat u of u afhanklike(s) behandeling of advies ontvang, of 'n dokter gekonsulteer in die laaste 12 maande?	Yes /Ja	No/ Nee			

<b>21. For males only / Alleenlik op manlike begunstigdes</b>					
21a. Male reproductive system, e.g. prostate and testes problems Manlike reproduktiewe sisteem, bv. prostaat- en testesprobleme	Yes /Ja	No/ Nee			
21b. Hormone system e.g. hormone replacement therapy Hormoonstelsel bv. hormoonvervangings terapie	Yes /Ja	No/ Nee			
<b>22. For females only / Alleenlik op vroulike begunstigdes</b>					
22a. Pregnancy or suspected pregnancy Swanger of vermoede van swangerskap	Yes /Ja	No/ Nee			
22b. Female reproductive system, e.g. endometriosis, menstrual problems and infertility Vroulike reproduktiewe sisteem, bv. endometriose, menstruele probleme en onvrugbaarheid	Yes /Ja	No/ Nee			

**Please note: If you are currently using chronic medicine, also complete the separate chronic application form available on the website, or call 086 000 2378. If patient was registered for chronic medication at the previous medical scheme, please submit a copy of the previous chronic authorisation letter.**  
**Let wel: Indien u tans chroniese medisyne gebruik, voltooi ook die afsonderlike chroniese aansoekvorm wat beskikbaar is op die webwerf, of skakel 086 000 2378. As die pasiënt geregistreer was vir chroniese medikasie by 'n vorige mediese skema, stuur asseblief 'n afskrif van die vorige magtigingsbrief.**

**Important:** It remains the responsibility of the applicant to make full disclosure of the required information pertaining to the applicant and/or all the dependants. Should you wish to add a medical report from your family practitioner you are welcome to do so. The Medical Schemes Act makes provision for a membership to be terminated where non-disclosure of material information is proven and the law does not recognise ignorance as an excuse. Your signature to the application form indicates, amongst others, that you understand the terms and conditions of membership, and that the information furnished in the application form is true and correct. If you are unsure about any of the questions, please do not hesitate to contact Bestmed's Contact Centre.

**Belangrik:** Dit bly die verantwoordelikheid van die aansoeker om die vereiste inligting ten opsigte van alle afhanklikes en/of die aansoeker, volledig openbaar te maak. Indien u wil, is u welkom om 'n mediese verslag, van u gesins praktisyn, by te voeg. Die Wet op mediese skemas bepaal dat die Skema die reg het om lidmaatskap te beëindig indien nie alle vereiste inligting openbaar gemaak was nie. Onkonde sal nie as geldige verskoning aanvaar word nie. U handtekening op die aansoekvorm dui aan, onder andere, dat u die terme en voorwaardes van lidmaatskap verstaan, en dat die inligting in die aansoekvorm verskaf, waar en korrek is. Indien u onseker is oor enige van die vrae, moet asseblief nie huiwer om Bestmed se kontak sentrum te kontak nie.

I / Ek

(principal member name and surname) declare that all information declared above is true and correct.  
 (hooflid naam en van) verklaar dat alle inligting, soos hierbo verklaar, is waar en korrek.

Signed by me / Onderteken deur my  on this / op die   day of / dag van     month / maand Y Y Y Y  
 Signature of principal member / Handtekening van hooflid

**12. PREVIOUS MEMBERSHIP STATUS / VORIGE LIDMAATSKAPSTATUS**

Please supply previous membership certificates, from a South African registered medical scheme, as relevant proof of previous medical aid cover. This submission of previous medical aid certificates will ensure correct and relevant underwriting is applied on your new profile.  
 Verskaf asseblief vorige lidmaatskap sertifikate, van 'n Suid-Afrikaanse geregistreerde mediese skema, as bykomende bewyse van vorige mediese fonds dekking. Hierdie voorlegging van vorige mediese sertifikate sal verseker dat korrekte en toepaslike onderskrywing op jou nuwe profiel toegepas word.

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" please attach all previous membership certificates / Indien "ja" heg asseblief alle vorige mediese lidmaatskap sertifikate aan

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

**13. THE FOLLOWING DOCUMENTS/INFORMATION ARE COMPULSORY / DIE VOLGENDE DOKUMENTE/INLIGTING IS 'N VEREISTE**

Please ensure the following compulsory documents/information are completed and attached.

Maak asseblief seker dat die volgende verpligte dokumente/inligting voltooi en aangeheg is.

1. If a child is older than 21, proof of registration at a tertiary institution (up to the age of 26) is required in order to qualify as a child dependant. If a child is older than 21 and unemployed, a declaration statement is required and adult rates will apply.	1. As 'n kind ouer as 21 is, word 'n bewys van registrasie by 'n tersiêre instelling (tot die ouderdom van 26) verlang om as kinderafhanklike te kwalifiseer. Indien 'n kinderafhanklike ouer as 21 jaar en werkloos is, word 'n verklaring tot die effek benodig. Volwasse-afhanklike tariewe sal van toepassing wees.
2. In the case of extended family (parent, brother or sister only) - affidavit of dependant(s) with regards to dependency on principal member.	2. In die geval van uitgebreide familie (slegs ouer, broer of suster) - beëdigde verklaring van afhanklike(s) met betrekking tot afhanklikheid van hooflid.
3. Proof of previous medical scheme membership must be provided; this applies to members and all dependants (NB: Previous membership card/s not accepted). The aforesaid proof must contain the period of cover.	3. Bewys van Lidmaatskap van vorige mediese skemas; dit geld vir lede sowel as alle afhanklikes (Lw: Vorige idmaatskapkaart/e word nie aanvaar nie). Die bogenoemde bewys moet die tydperk van dekking insluit.
4. In the case of a handicapped dependant, a report from a medical practitioner.	4. In die geval van 'n gestremde afhanklike, 'n verslag van 'n mediese praktisyn.
5. If you selected the Bestmed Pulse1 option, provide proof of income (3 months' payslips or bank statements - not older than 3 months).	5. Indien u die Bestmed Pulse1 opsie gekies het, voorsien bewys van inkomste (3 maande se betaalstrokie of bankstate - nie ouer as 3 maande nie).
6. Ensure that dependant(s) full names and identity numbers are completed. Passport numbers and Country of Issue required for non-SA citizen.	6. Maak seker dat u afhanklike(s) se volle name en identiteitsnommers voltooi is. Paspoortnommers en Land van uitreiking word benodig vir nie-SA burgers.
7. Medical questionnaire: <ul style="list-style-type: none"> <li>Each question must be completed in full (Yes/No indicator, beneficiary, diagnosed date, last treatment date, level/stage of illness, condition, nature of treatment, medicine, dosage and hospitalisation).</li> <li>Signed and dated.</li> </ul>	7. Mediese vraelys: <ul style="list-style-type: none"> <li>Elke vraag moet volledig voltooi word (Ja/Nee aanwyser, begunstigde, datum van diagnose, laaste behandelingsdatum, vlak/stadium van siekte, toestand, aard van behandeling, medisyne, dosering en hospitalisasie).</li> <li>Geteken en gedateer.</li> </ul>
8. Upon completing an affidavit, ensure full details are disclosed e.g. day, month, year, names of previous schemes.	8. Indien u 'n beëdigde verklaring afgelê het, maak seker dat volledige besonderhede openbaar gemaak word, bv. dag, maand, jaar, name van vorige skemas.

Initial of applicant:  / Paraaf van aansoeker:

# 14. STATEMENT OF APPLICANT / VERKLARING DEUR AANSOEKER

I / Ek 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

hereby declare that: / verklaar dat:

- a. Should I be enrolled as a member of Bestmed, I shall subject myself to the rules of Bestmed;
  - b. The information furnished herein is completely true and correct to the best of my knowledge and conviction and that I have not omitted or concealed any information; I accept that a savings account will be allocated pro rata (if applicable);
  - c. 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;
  - d. 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;
  - e. 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;
  - f. If after or during 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, Bestmed reserves the right to cancel the membership. If such is the case, 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;
  - g. Any deterioration or change in my state of health or in that of my 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.
  - h. I acknowledge that my date of application does not necessarily refer to my date of admission as a member of Bestmed. I further acknowledge that my date of admission will be communicated to me by Bestmed as soon as possible hereafter.
  - i. I hereby consent to my personal information and that of my dependants being processed by Bestmed for a variety of purposes, which may include, but is not limited to the following purposes:
    - to carry out analysis and member profiling, such as to determine medical risk;
    - to transact with suppliers and business partners, including healthcare service providers, managed facilities, network hospitals and pharmacies to facilitate the delivery of services to members;
    - to provide health and wellness information and/or services to members;
    - to help detect and prevent fraud and money laundering;
    - where Bestmed has a legal duty to process information to any relevant regulatory authorities, where appropriate measures have been specified for protecting the legitimate interest of the member.
  - j. I hereby affirm that I am aware that the processing of my personal health information is a mandatory requirement for the existence of a valid medical insurance agreement between the parties and that I am aware of my right to object to the processing and/or further processing of my personal information and of my right to lodge a complaint to the information regulator.
- a. Indien ek as lid van Bestmed ingeskryf word, ek my aan die reëls van Bestmed sal onderwerp;
  - b. Die inligting hierin na die beste van my wete en oortuiging volkome waar is en dat ek geen inligting verswyg het nie. Ek aanvaar dat die mediese spaarrekening pro rata bereken word (waar van toepassing);
  - c. 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;
  - d. Ek gee onherroepelik 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;
  - e. 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;
  - f. Indien daar tydens die aansoekproses of na my toelating as lid van Bestmed gevind word dat enige verklaring of inligting wat deur my verskaf is, willens en/of wetens onvoldoende, onvolledig of onwaar was, behou Bestmed die reg voor om my lidmaatskap te kanselleer. Indien dit die geval is, stem ek in om alle betalings wat Bestmed namens my gemaak het, ten volle terug te betaal aan Bestmed en om alle aanspreeklikheid op enige voordele te verbeur;
  - g. Enige agteruitgang of verandering in my of een van my afhanklike(s) se gesondheidstoestand voor die datum wat deur Bestmed as aanvangs van lidmaatskap gestel is, of die datum van aanvaarding van hierdie aansoek deur Bestmed, of die datum van ontvangs van die eerste lededelde, welke datum ookal laaste is, sal Bestmed daarop geregtig maak om die aansoek te heroorweeg en nuwe voorwaardes vir toelating voor te stel.
  - h. Ek bevestig dat ek verstaan dat die datum van hierdie aansoek, nie noodwendig verwys na die datum van my toelating as 'n Bestmed-lid nie en dat die toelatingsdatum so spoedig moontlik deur Bestmed aan my gekommunikeer sal word.
  - i. Ek gee hiermee toestemming dat my persoonlike inligting en dié van my afhanklikes verwerk mag word deur Bestmed om die volgende doeleindes te bereik, insluitend, maar nie beperk tot slegs die volgende doeleindes nie:
    - data analyse op lid-vlak, om sodanig mediese risiko te bepaal;
    - fasilitering van dienslewering aan lede deur diens verskaffers en sakevennote, insluitend gesondheidsorg diensverskaffers, mediese fasiliteite, netwerk hospitale en apteke;
    - dienslewering aan lede ten opsigte van gesondheid en welstand inisiatiewe
    - om te help met identifisering en voorkoming van bedrog;
    - waar Bestmed 'n wetlike plig het om inligting te verwerk ten opsigte van relevante gereguleerde owerhede, waar gepaste maatreëls ten opsigte vir die beskerming van die lid se belange gespesifiseer word.
  - j. Ek bevestig hiermee dat ek bewus is daarvan dat die verwerking van my persoonlike gesondheidsorginligting 'n verpligte vereiste vir die bestaan van 'n geldige mediese versekeringssooreenkoms tussen die partye is. Ek verklaar verder dat ek bewus is van my reg om teen die verwerking en/of verdere verwerking van my persoonlike inligting beswaar te maak, en my reg om 'n formele klag by die inligtingsreguleerder in te dien.

--

Signature of applicant / Handtekening van aansoeker

--

Signature of witness / Handtekening van getuie

Signed at / Geteken te 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

on this / op die 

--	--

 day of / dag van 

month / maand	Y	Y	Y	Y
---------------	---	---	---	---

--

## 15. 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

### 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

b. Bestmed membership to start / Bestmed lidmaatskap aanvangsdatum

c. Department / Departement

d. Employee number / Werknemernommer

e. Total monthly contribution to be paid to Bestmed /  
Totale maandelikse bydrae wat aan Bestmed betaal moet word

Remarks / Kommentaar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature of HR practitioner / Handtekening van MH-praktisyn

Name stamp of employer / Naamstempel van werkgewer

Date  
Datum