

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

Title Titel											Bestmed join date Bestmed aanvangsdatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
First name Eerste naam																			
Middle name Middel naam															Initials Voorletters				
Surname Van																			
ID number ID-nummer											Gender Geslag	M	F	Preferred language Taalvoorkeur	Eng	Afr			
Passport number Paspoortnommer																			
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)											Date of birth Geboortedatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
SARS tax number (SARS legislative requirement) SARS belasting nommer (SARS wetgewende vereiste)																			
Marital status Huweliksstatus	Unmarried		Married		Date of marriage/divorce Datum van huwelik/egskeiding	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y						
Current employer Huidige werkgever																			
Date of employment Aanstellingsdatum	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Employee number Werknemernummer										

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				Pace4			

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	

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 telefoonnommer 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 onbevooroordeeld 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 | | | | | | | . | | |
| MONTHLY TOTAL (1-3)
TOTALE MAANDELIKSE KOSTE (1-3) | R | | | | | | | . | | |

MONTHLY TOTAL (1-3)**TOTALE MAANDELIKSE KOSTE (1-3)**

Healthcare advisor name

Naam van gezondheidsorgadviseur

Healthcare advisor code

Gesondheidsorgadviseurscode

--

Healthcare advisor signature / Handtekening van gezondheidsorg-adviseur

Date
Datum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

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

[illegible][illegible]

Cell phone number

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

Please take note that all future hard-copy correspondence will be sent

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

Yes / la

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 hardekopie korrespondensie gestuur sal word na die posadres soos onder verskaf.

Home address details / Woonadres besonderhede

[illegible]

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

[illegible]

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																									
Branch Tak													Branch code Takkode												
Type of account Tipe rekening	Cheque/current Tjek/lopende				Savings Spaar				Account number Rekeningnommer																
Name of the account holder Naam van rekeninghouer																									
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																									

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

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								
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)																			Date of birth Geboortedatum								
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	☐	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	☐	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	☐	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	☐
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

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								
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)																			Date of birth Geboortedatum								
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	☐	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	☐	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	☐	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	☐
----------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------

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												
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)																			Date of birth Geboortedatum												
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	☐	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	☐	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	☐	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	☐
----------------	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

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												
Country of issue (passport) Land van uitreiking (paspoort)																			Date of birth Geboortedatum												
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	☐	Partner/fiancé/common law spouse (complete declaration in section 8) Lewensmaat/verloofde/gemeenregtelike gade (voltooi verklaring in gedeelte 8)	☐	Child (if difference in surname, complete declaration in section 9) Kind (indien verskil in van, voltooi verklaring gedeelte 9)	☐	Other (please specify relationship below) Ander (spesifiseer asseblief verwantskap hieronder)	☐
----------------	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

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

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

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

Signature of principal member / Handtekening van hooflid

on this
op die

☐	☐
--------------------------	--------------------------

day of
dag van

month / maand

☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

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 kinder 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

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

Signature of principal member / Handtekening van hooflid

on this
op die

☐	☐
--------------------------	--------------------------

day of
dag van

month / maand

☐ Y	☐ Y	☐ Y	☐ Y
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

* 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 (negentig) dae vanaf die datum van permanente aanstelling, huwelik of egskedding 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. Afhange 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 glyksaam 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 / MEDIESE 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 siektetoestand 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.	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
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 gediagnoseerde toestande aan in die verwante tabelle.	Dui aan met 'n "X" (verplichtend)	Naam van pasiënt	Datum gediagnoseer	Laaste datum van behandeling	Graad/stadium van siekke toestand, aard van behandeling, medisyne, dosis en hospitalisasie
1. Congenital physical deviations e.g. bat ears, valvular heart disease Kongenitale fisiese afwykings bv. bakore, hartklepsiektes	Yes / Nee / Ja				
2. Abnormality of skin (including allergies) e.g. eczema, psoriasis, acne Velabnormaaltit (insluitende allergieë) bv. ekseem, psoriase, aknee	Yes / Nee / Ja				
3. Deviations and problems in skeleton, joints and muscles e.g. arthritis, back problems Skelet-, gewrigs- en spierafwykings en probleme bv. artritis, rugprobleme	Yes / Nee / Ja				
4. Sensory organs: sight, hearing, speech, also state spectacles and/or contact lenses Sintuie: sig, gehoor, spraak, meld brillle en/of kontaklense	Yes / Nee / Ja				
5. Respiratory system e.g. asthma, COPD Siektes van die lugweë bv. asma, KOLS	Yes / Nee / Ja				
6. Cardio-vascular systems e.g. hypertension, high cholesterol, heart failure, thrombosis Siektes van die kardiovaskulêre stelsel bv. hipertensie, hoë cholesterol, hartversaking, trombose	Yes / Nee / Ja				
7. Digestive system e.g. hiatus hernia, stomach ulcer, spastic colon, gallstones Spysverteringstelselsiektes bv. hiatus hernia, maagseer, spastiese kolon, galstene	Yes / Nee / Ja				
8. Urinary system, e.g. kidney problems (infections, failure, dialysis, stones) or bladder problems (infection, incontinence) Urienwegsisteem, bv. nierprobleme (infeksies, versaking, dialise en stene) of blaasprobleme (infeksie, inkontinensie)	Yes / Nee / Ja				
9. Metabolic diseases e.g. obesity, diabetes, porphyria, thyroid problems Metaboliese siektes bv. vetsug, diabetes, porfirie, skildklierprobleme	Yes / Nee / Ja				
10. Psychiatric or psychological treatment e.g. depression, anxiety, sleeping disorders, counselling Psigiatriese of sielkundige behandeling bv. depressie, angs, slaapversteurings, berading	Yes / Nee / Ja				
11. Nervous system e.g. paralysis, epilepsy, Parkinson's disease, headaches, stroke Senuweestelselsiektes bv. Verlamming, epilepsie, Parkinson se siekte, hoofpyn, beroerte	Yes / Nee / Ja				
12. Substance dependence e.g. alcohol, drugs, rehabilitation Middelafhanklikheid bv. alkohol, dwelms, rehabilitasie	Yes / Nee / Ja				
13. Have you ever been diagnosed with cancer, a growth or tumour of any kind? Please state type and date. Is kanker, 'n vergroeiisel of gewas van enige soort ooit voorheen by u gediagnoseer? Spesifiseer tipe en datum.	Yes / Nee / Ja				

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. oorpypies, 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 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 te 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.**

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				

21. For males only / Alleenlik op manlike begunstigdes						
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. hormoonvervangingsterapie	Yes / Ja	No / Nee				
22. For females only / Alleenlik op vroulike begunstigdes						
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.

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. Onkunde 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.

(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.

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

Signature of principal member / Handtekening van hooflid

Page 10 of 10

14. STATEMENT OF APPLICANT / VERKLARING DEUR AANSOEKER

[illegible]

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. 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;
- 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 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 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;
- e. Ek onderneem om my bydrae op rekeninge aan Bestmed te vereffen en by versuim magtig ek my werkgever/onderneming hiermee om die verskuldigde bedrag van my salaris af te trek, of indien ek sou bedank, magtig ek my werkgever/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 ledegelde, 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 analise 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 versekeringsooreenkoms 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 mag maak, en my reg om 'n

Signature of applicant / Handtekening van aanvrager

Signed at _____
Geteken te _____

Signature of witness / Handtekening van getuie

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 werkgever voltooi word **(ALLE VELDE VERPLIGTEND)**

[illegible]**HR practitioner details / Menslikehulpbronne-praktisyn besonderhede**[illegible][illegible][illegible][illegible]

State that the applicant / Verklaar dat die aansoeker:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible][illegible]

R							.		
---	--	--	--	--	--	--	---	--	--

Remarks / Kommentaar

--

Signature of HR practitioner / Handtekening van MH-praktisyn

Circumstance	Justified (%)	Not justified (%)
If someone is attacking you	85	15
If someone is threatening you	75	25
If someone is harassing you	65	35
If someone is insulting you	55	45
If someone is annoying you	15	85

Name stamp of employer / Naamstempel van werkgever

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---