

INDIVIDUAL MEMBER: BENEFIT OPTION CHANGE FORM INDIVIDUELE LID: VOORDEELOPSIE-VERANDERINGSVORM



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

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

2. CONTACT DETAILS / KONTAKBESONDERHEDE

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

3. 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"/>		

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

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

* Provide **proof of income** (3 months' payslips or bank statements - not older than 3 months) for the Pulse1 option. Please note that you will be registered on the highest interval, pending proof of income.
 Voorsien **bewys van inkomste** (3 maande se betaalstrookies of bankstate - nie ouer as 3 maande nie) vir die Pulse1 opsie. Let wel dat u op die hoogste interval geregistreer sal word, tot en met bewys van inkomste ontvang word.

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

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

Please note that option changes may only be made effective from 1 January of a financial year, provided that the request is received before 31 December.
 Let daarop dat opsieveranderinge slegs effektief 1 Januarie van 'n finansiële jaar gemaak mag word, mits die versoek ontvang word voor 31 Desember.

Signature of principal member/Handtekening van hooflid