

APPLICATION FOR CHANGE OF OPTION AANSOEK VIR VERANDERING VAN OPSIE

Important

If you are an employee of a private company, submit your form to your Human Resource / Salaries Department. Please note that no form will be processed without your employer's stamp.

If you are a direct paying member, send your form to TeleMed Medical Scheme at the above address or fax number.

Note: If you are applying for the Silver or Bronze option, it is required that you to attach your salary slip.

Belangrik

Indien jy 'n werknemer is van 'n privaat maatskappy, dien jou vorm in by jou Menslike Hulpbronne / Salaris Departement. Neem kennis dat geen vorm geprosesseer sal word sonder jou maatskappy se stempel.

Indien jy 'n direk betalende lid is, stuur jou vorm aan TeleMed Mediese Skema by die bostaande adres of faksnommer.

Nota: Indien jy aansoek doen vir die Silwer of Brons opsie, word dit vereis dat jy jou salarisstrokie aanheg.

SECTION 1 – TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL MEMBER AFDELING 1 – MOET DEUR HOOFLID VOLTOOI WORD

First names and surname
Voorname en van

Membership number
Lidmaatskapnommer Member ID number
Lid se ID nommer

Postal address
Posadres
 Postal code
Poskode

Telephone number (W)
Telefoonnommer (W) Telephone number (H)
Telefoonnommer (H)

Cellular number
Selfoonnommer Email address
Epos adres

Please select an option by inserting an X in the appropriate block / Kies asseblief 'n opsie deur die relevante blokkie met 'n X te merk.

Platinum Gold Gold Select – Prime Cure Gold Select – ONECARE Silver Bronze
Platinum Goud Goud Select – Prime Cure Goud Select – ONECARE Silwer Brons

Member declaration

I understand that this written notice to change my option will apply from 1 January 2009 for the year. I further understand that I will be responsible for the payment of the contribution on a monthly basis.

Verklaring deur hooflid

Ek verstaan dat hierdie geskrewe kennisgewing om my opsie te verander van krag sal wees vanaf 1 Januarie 2009 vir die jaar. Ek verstaan ook dat ek verantwoordelik gehou sal word vir die betaling van die bydraes op 'n maandelikse basis.

Signature of principal member
Handtekening van hooflid Date
Datum

SECTION 2 – TO BE COMPLETED BY EMPLOYER AFDELING 2 – MOET DEUR WERKGEWER VOLTOOI WORD

Name of employer
Naam van werkgewer

Number of adult dependants
Aantal volwasse afhanklikes Number of child dependants
Aantal kinder afhanklikes

Signature
Handtekening

Designation
Titel Date
Datum Company stamp / Maatskappy stempel

SECTION 3 – FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY AFDELING 3 – SLEGS VIR ADMINISTRATIEWE GEBRUIK

Approved by
Goedgekeur deur Date
Datum

Processed by
Geprosesseer deur Date
Datum