

CORPORATE CLIENT APPLICATION FORM / KORPORATIEWE KLIËNT AANSOEKVORM

Completion of all fields is compulsory in order for your application form to be processed. / Voltooiing van alle velde is verpligtend vir die verwerking van jou aansoekvorm.

Brokerage / Makelary	Broker / Makelaar	Broker Signature / Handtekening van Makelaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1) CREATE YOUR PROFILE / BOU JOU PROFIEL

TYPE OF APPLICATION / TIEP AANSOEK

Selecting the appropriate type of application relevant to your profile, ensures that accurate waiting periods are applied, where applicable. / Deur die regte tipe aansoek te selekteer vir jou profiel, verseker dat die korrekte wagtydperke toegepas word, waar van toepassing.

- Employee applying for cover as part of an Employer Group Scheme (Please complete the below EMPLOYER GROUP SCHEME DETAILS section). / Werknemer wie aansoek doen as deel van 'n Werkgewergroep Skema (Voltooi asseblief die onderstaande WERKGEWERGROEP SKEMA BESONDERHEDE gedeelte).
- Employee insured by another provider transferring cover to Stratum Benefits as part of an Employer Group Scheme (Please submit your current policy document not older than 30 days for underwriting purposes). / Werknemer verseker by 'n ander verskaffer wat versekering na Stratum Benefits wil oorplaas as deel van 'n Werkgewergroep Skema (Verskaf asseblief jou bestaande polisdokument wat nie ouer as 30 dae is nie vir onderskrywings doeleindes).

EMPLOYER GROUP SCHEME DETAILS / WERKGEWERGROEP SKEMA BESONDERHEDE

Employer Group Scheme / Werkgewergroep Skema	Employee Appointment Date / Werknemer Aanstellingsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employee Number / Werknemernommer	Employer Group Scheme Stamp / Authorised Signatory / Werkgewergroep Skema Stempel / Gemagtigde Ondertekenaar
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MAIN APPLICANT DETAILS / HOOFAANSOEKER BESONDERHEDE

Title / Titel	First Name / Voornaam	Surname / Van	ID Number / ID Nommer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medical Scheme / Mediese Skema	Medical Scheme Option / Mediese Skema-Opsie	Membership Number / Lidmaatskapnommer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cellphone / Selfoon	Telephone (H) / Telefoon (H)	Telephone (W) / Telefoon (W)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Email Address / E-pos Adres	Preferred Language of Policy Document / Taalvoorkeur van Polisdokument		<input type="radio"/> Eng <input type="radio"/> Afr
<input type="text"/>			
Physical Address / Fisiese Adres	Postal Address / Posadres	Postal Code / Poskode	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DEPENDANT DETAILS

CORPORATE GAP COVER PRODUCT RANGE

We cover you and your spouse on one policy, even if you belong to different medical schemes or medical scheme options, including all dependants registered on your or your spouse's medical scheme option, unless otherwise specified in the tailored Employer Group Scheme Proposal.

CORPORATE HEALTH INSURE PRODUCT RANGE

We cover you, your spouse and any child dependant up to the age of 21 as well as financially dependent children over the age of 21 of whom you are the parent or legal guardian, unless otherwise specified in the tailored Employer Group Scheme Proposal.

AFHANKLIKE BESONDERHEDE

KORPORATIEWE GAPINGDEKKING PRODUKKEKS

Ons dek jou en jou gade op een polis, selfs al behoort julle nie aan dieselfde mediese skema of mediese skema-opsie nie, insluitend alle afhanklikes geregistreer op jou of jou gade se mediese skema-opsie, tensy anders gespesifiseer in die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

KORPORATIEWE GESONDHEIDSVERSEKERING PRODUKKEKS

Ons dek jou, jou gade en enige kinderafhanklike tot en met die ouderdom van 21 sowel as finansiële afhanklike kinders oor die ouderdom van 21 van wie jy die ouer of wettige voog is, tensy anders gespesifiseer in die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

Title / Titel	First Name / Voornaam	Surname / Van	ID Number / ID Nommer	Relationship / Verwantskap
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2) SELECT YOUR CORPORATE GAP COVER OPTION / KIES JOU KORPORATIEWE GAPINGDEKKING OPSIE

Our Corporate Gap Cover Product Range has been thoughtfully designed to provide real cover with real benefits that protect you against unexpected medical expense shortfalls. / Ons Korporatiewe Gapingdekking Produkkeeks is met deurdagte denke ontwerp, om die regte dekking te bied met die regte voordele wat jou beskerm teen onverwagte mediese uitgawes.

Your monthly premium is subject to the tailored Employer Group Scheme Proposal provided. / Jou maandelikse premie is onderhewig aan die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

CORPORATE COMPACT ²⁰⁰

CORPORATE ACCESS

CORPORATE ELITE

Cover Start Date /
Begindatum van Dekking

WAITING PERIODS / WAGTYDPERKE

Waiting periods applicable to our Corporate Product Range are subject to the demographic profile of the employer group and the tailored Employer Group Scheme Proposal provided. / Wagtydperke van toepassing op ons Korporatiewe Produkkeeks is onderhewig aan die demografiese profiel van die werkgewergroep en die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

Upon acceptance of an Employer Group Scheme Proposal, waiting periods may apply before you are able to claim from specific policy benefits. / By aanvaarding van die Werkgewergroep Skema Voorlegging, mag wagtydperke van toepassing wees voordat jy van spesifieke polisvoordele kan eis.

3 MONTH GENERAL WAITING PERIOD / 3 MAANDE ALGEMENE WAGTYDPERK

12 MONTH PRE-EXISTING CONDITION WAITING PERIOD / 12 MAANDE WAGTYDPERK VIR 'N VOORAFBESTAANDE MEDIESE TOESTAND

3) SELECT YOUR CORPORATE HEALTH INSURE OPTION / KIES JOU KORPORATIEWE GESONDHEIDSVERSEKERINGSOPSIE

In partnership with Unity Health, our Corporate Health Insure Product Range has been thoughtfully created to provide you with an affordable health insurance solution to meet your essential healthcare needs, whether you belong to a medical scheme or not. / In samewerking met Unity Health, is ons Korporatiewe Gesondheidsversekering Produkkeeks deeglik saamgestel om jou 'n bekostigbare oplossing vir gesondheidsversekering te bied om aan jou noodsaaklike gesondheidsorgbehoefes te voorsien, ongeag of jy aan 'n mediese skema behoort of nie.



Your monthly premium is subject to the tailored Employer Group Scheme Proposal provided. / Jou maandelikse premie is onderhewig aan die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

CORPORATE ESSENTIAL

DAY-TO-DAY BENEFITS ONLY / DAG-TOT-DAG VOORDELE ALLEENLIK

EMERGENCY & ACCIDENTAL BENEFITS ONLY / NOODGEVALLE & ONGELUKSVOORDELE ALLEENLIK

DAY-TO-DAY AND EMERGENCY & ACCIDENTAL BENEFITS / DAG-TOT-DAG VOORDELE EN NOODGEVALLE & ONGELUKSVOORDELE

Cover Start Date /
Begindatum van Dekking

WAITING PERIODS / WAGTYDPERKE

Waiting periods applicable to our Corporate Product Range are subject to the demographic profile of the employer group and the tailored Employer Group Scheme Proposal provided. / Wagtydperke van toepassing op ons Korporatiewe Produkkeeks is onderhewig aan die demografiese profiel van die werkgewergroep en die aangepaste Werkgewergroep Skema Voorlegging.

From the first day your cover starts, waiting periods will apply to the **DAY-TO-DAY BENEFITS** on your **CORPORATE ESSENTIAL** option where the employer group joins on a voluntary basis or where less than 20 employees join. / Van die eerste dag wat jou dekking begin sal wagtydperke van toepassing wees op die **DAG-TOT-DAG VOORDELE** op ons **CORPORATE ESSENTIAL** opsie, waar die werkgewergroep op 'n vrywillige basis aansluit of waar minder as 20 werknemers aansluit.

Waiting periods do not apply to employer groups where 20 or more employees join our **CORPORATE ESSENTIAL** option on a compulsory basis. / Wagtydperke is nie van toepassing op werkgewergroepe waar 20 en meer werknemers aansoek doen vir dekking op ons **CORPORATE ESSENTIAL** opsie op 'n verpligte basis nie.

1 MONTH GENERAL WAITING PERIOD / 1 MAAND ALGEMENE WAGTYDPERK

9 MONTH WAITING PERIOD ON MATERNITY CARE / 9 MAANDE WAGTYDPERK VIR SWANGERSKAP SORG

12 MONTH WAITING PERIOD ON BASIC EYE CARE AND CHRONIC MEDICATION / 12 MAANDE WAGTYDPERK VIR BASIESE OOGSORG EN CHRONIESE MEDIKASIE

YOUR HEALTHCARE PROVIDERS / JOU GESONDHEIDSORG VERSKAFFERS

Please provide details of your doctor and / or dentist, whom we will contact with an offer to join Unity Health's national provider network. /

Verskaf asseblief die besonderhede van jou dokter en / of tandarts wie ons sal kontak met 'n aanbod om by Unity Health se nasionale diensnetwerk aan te sluit.

Doctor /
Dokter

Telephone /
Telefoon

Dentist /
Tandarts

Telephone /
Telefoon

4) YOUR PAYMENT SUMMARY / JOU BETALING OPSOMMING

You are not required to provide debit order details if your policy premium is paid by your employer on your behalf, however it is compulsory to provide details for claim reimbursements in Section 5. /

Jy hoef nie debietorder besonderhede te verskaf as jou polispremie namens jou deur jou werkgewer betaal word, maar dit is verpligtend om besonderhede te verskaf vir eisevergoedings in Afdeling 5.

By signing this section and upon acceptance of this application, you authorise and accept that your account will be debited by the Insurer for the policy premium which is payable in advance on the selected debit order date or payable in arrears as agreed upon with the Insurer. You acknowledge that the authorisation shall remain in force until either cancelled by the Principal Insured in writing or by the Insurer due to premiums not being received for two consecutive months. Please note that the policy premium may vary to reflect changes in cover, risk, sum insured and policy rates. Cover will commence after the first premium is received. Credit card accounts, electronic transfers and manual payments are not acceptable payment methods. Product premium is inclusive of VAT. / Deur hierdie afdeling te onderteken en by die aanvaarding van hierdie aansoek, magtig en aanvaar jy dat jou rekening deur die Versekeraar gedebiteer sal word vir die polispremie wat vooruit betaalbaar is volgens die gekose debietorder datum of agteruit betaalbaar is soos ooreengekom met die Versekeraar. Jy erken dat die magtiging van krag sal bly totdat dit skriftelik deur die Hoofversekerde of deur die Versekeraar gekanselleer word weens onbetaalde premies vir twee agtereenvolgende maande. Let asseblief daarop dat die polispremie kan wissel om veranderinge in dekking, risiko, versekerde bedrag en polistarie te weerspieël. Dekking sal begin nadat die eerste premie ontvang is. Kredietkaartrekeninge, elektroniese oorsplasinge en handbetalings is nie aanvaarbare betaalmetodes nie. Produkpremie sluit BTW in.

Account Holder / Rekeninghouer

Bank / Bank

Account Number / Rekeningnommer

Account Type / Tipe Rekening

Term / Termyn

Debit Order Date / Debietorder Datum

Cheque /
Tjek

Savings /
Spaar

Monthly /
Maandeliks

Annual /
Jaarliks

1st /
1ste

4th /
4de

7th /
7de

15th /
15de

20th /
20ste

25th /
25ste

28th /
28ste

last day of the month /
laaste dag van die maand

Broker Fee /
Makelaarsfooie

R 10

R 20

R 30

R 40

Total Premium /
Totale Premie

R

Account Holder Signature /
Handtekening van Rekeninghouer

5) YOUR CLAIMS REIMBURSEMENT SUMMARY / JOU EISEVERGOEDING OPSOMMING

- Please indicate whether claim reimbursements should be made into the same account from which your Stratum Benefits policy premiums will be deducted. / Dui asseblief aan of eisevergoedings gemaak moet word in dieselfde rekening waaruit jou Stratum Benefits polispremies gevorder sal word.
- Please indicate whether claim reimbursements should be made into an alternative account by completing the payment details below. / Dui asseblief aan of eisevergoedings in 'n alternatiewe rekening gemaak moet word deur die betalingsbesonderhede hieronder te voltooi.

Account Holder / Rekeninghouer

Bank / Bank

Account Number / Rekeningnommer

Account Type / Tipe Rekening

Account Holder Signature / Handtekening van Rekeninghouer

Cheque / Tjek

Savings / Spaar

6) DISCLOSURE & DECLARATION ACCEPTANCE / OPENBAARMAKING & VERKLARING AANVAARDING

You **are required** to complete this section if you are applying for cover on our **CORPORATE GAP COVER PRODUCT RANGE** as part of an Employer Group Scheme who **has received waiting periods** as stipulated in the Employer Group Scheme Proposal, and you as the employee, and any of your dependants apply for cover **after 90 days** from your **permanent employment date**.

You are **not required** to complete this section if you are applying for cover on our **CORPORATE GAP COVER PRODUCT RANGE** as part of an Employer Group Scheme who **has not received waiting periods** as stipulated in the Employer Group Scheme Proposal, and you as the employee, and any of your dependants apply for cover **within 90 days** from your **permanent employment date**.

Within the first **12 months** of cover a waiting period for pre-existing medical conditions will apply, where no claims can be submitted for a procedure, surgery, treatment or an investigation relating to any illness or condition for which you and / or your dependants received advice or treatment 12 months prior to your cover start date.

Please provide details of all such illness(es) or condition(s) pertaining to you and / or your dependants, where applicable.

You are **not required** to complete this section if you are applying for cover on our **CORPORATE HEALTH INSURE PRODUCT RANGE**.

Jy **word versoek** om hierdie gedeelte te voltooi as jy aansoek doen vir dekking op ons **KORPORATIEWE GAPINGDEKKING PRODUKREEKS** as deel van 'n Werkgewergroep Skema wie **wagtydperke ontvang het** soos gespesifiseer in die Werkgewergroep Skema Voorlegging, en jy as die werknemer, en enige van jou afhanklikes aansoek doen vir dekking **90 dae** na jou **permanente aanstellingsdatum**.

Jy **hoef nie** hierdie gedeelte te voltooi as jy aansoek doen vir dekking op ons **KORPORATIEWE GAPINGDEKKING PRODUKREEKS** as deel van 'n Werkgewergroep Skema wie **geen wagtydperke ontvang het** soos gespesifiseer in die Werkgewergroep Skema Voorlegging, en jy as die werknemer, en enige van jou afhanklikes aansoek vir dekking **binne 90 dae** vanaf jou **permanente aanstellingsdatum** nie.

Binne die eerste **12 maande** van dekking sal 'n wagtydperk vir voorafbestaande mediese toestande van toepassing wees, waar geen eise ingedien kan word vir 'n prosedure, operasie, behandeling of 'n ondersoek wat verband hou met enige siekte of toestand waarvoor jy en / of jou afhanklikes 12 maande voor die begindatum van jou dekking advies of behandeling ontvang het nie.

Verskaf asseblief besonderhede van al die siekte(s) of toestand(e) wat met jou en / of jou afhanklikes verband hou, waar van toepassing.

Jy **hoef nie** hierdie afdeling te voltooi as jy aansoek doen vir dekking op ons **KORPORATIEWE GESONDHEIDSVERSEKERING PRODUKREEKS** nie.

The Insurer reserves the right to investigate and reject any claim where the illness or condition may be deemed pre-existing, unless an underwriting concession applies. / Die Versekeraar behou die reg voor om enige eis te ondersoek of af te keur as 'n siekte of toestand vooraf bestaan het, behalwe as 'n onderskrywings toeweging van toepassing is.

Principal Insured / Hoofversekerde

First Name / Voornaam	Pre-existing Medical Condition(s) / Voorafbestaande Mediese Toestand(e)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependant(s) / Afhanklike(s)

First Name / Voornaam	Pre-existing Medical Condition(s) / Voorafbestaande Mediese Toestand(e)
<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"/>	<input type="text"/>

REPLACEMENT POLICY DISCLOSURE

Applicants transferring from another service provider must take note of the Replacement Policy Disclosure. Please refer to the Stratum Benefits website, your policy documentation, your broker or Stratum Benefits directly for further details.

DECLARATION

Applicable to all applicants

I hereby apply for insurance cover subject to the waiting periods, general exclusions and terms and conditions of the policy contract. I hereby declare that all the information provided is true and correct and that I have not withheld any information which may be material to, or likely to affect the assessment or acceptance of my risk. I understand that in the event of any material non-disclosure or misrepresentation my policy may be rendered null and void, that I will forfeit any and all premiums and that the Insurer may decline to indemnify or compensate me for any claims under any item or section of cover. I hereby irrevocably authorise Stratum Benefits to obtain information required relating to this application, even after my death, and to share with other Insurers and the South African Insurance Association any information to assess risk and claims.

POLISVERVANGING OPENBAARMAKING

Aansoekers wat dekking van 'n ander diensverskaffer oorplaas moet let op die Polisvervanging Openbaarmaking. Verwys asseblief na Stratum Benefits se webwerf, jou polisdokumentasie, jou makelaar of Stratum Benefits direk vir verdere inligting.

VERKLARING

Van toepassing op alle aansoekers

Ek doen hiermee aansoek om versekeringsdekking onderhewig aan die wagtydperke, algemene uitsluitings, terme en bepalinge van die poliskontrak. Ek verklaar dat alle inligting waar en korrek is en geen inligting weerhou is wat die onderskrywing van die voorgestelde versekeringsrisiko mag beïnvloed nie. Ek verstaan dat enige verkeerde of valse verklarings my polis ongeldig kan verklaar, dat ek alle premies sal verbeur en die Versekeraar mag weier om my te vrywaar of vergoed vir eise onder enige item of afdeling in die geval van wanvoorstelling of nie-openbaarmaking. Ek magtig die Versekeraar om enige persoon te nader oor inligting wat betrekking het op hierdie aansoek, selfs na my afsterwe, en die inligting mag deel met ander Versekerars en die Suid-Afrikaanse Versekeringsvereniging om risiko en eise te onderskryf.

Main Applicant Signature /

Hoofaansoeker Handtekening

Date /

Datum

RETURN TO STRATUM BENEFITS / STUUR TERUG AAN STRATUM BENEFITS

Stratum Benefits (Pty) Ltd / Reg no.: 2003/018155/07

t 086 111 3499 e yourinvoice@stratumbenefits.co.za f 086 633 3761

Please enquire if you have not received your policy documentation within 7 days from submitting your Corporate Client Application Form.

Doen asseblief navraag as jou polisdokumentasie nie binne 7 dae vanaf die indiening van jou Korporatiewe Kliënt Aansoekvorm ontvang is nie.