

FOR OFFICE USE ONLY

Membership Number

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

Group Name

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

HealthCARD Number

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

Group Number

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

health CARD APPLICATION

A. PERSONAL DETAILS (Note: Please complete all sections in BLACK ink)

Surname

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

Maiden Name

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

First Names (in full)

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

I.D. Number

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

Date of Birth

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

Nationality

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

Marital Status

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

Title

--	--	--	--

Initials

--	--	--	--

Gender

M	F
---	---

B. CONTACT DETAILS

Telephone (H)

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

Telephone (W)

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

E-mail Address

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

Physical Address

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

City

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

Code

--	--	--	--

Cellphone

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

Fax

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

Postal Address

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

City

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

Code

--	--	--	--

C. SECONDARY CARD HOLDER(S) DETAILS (Submit Secondary applicant(s) Identity Document)

Surname

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

Maiden Name

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

First Names (in Full)

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

I.D. Number

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

Date of Birth

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

Relationship to Account Holder

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

Title

--	--	--	--

Initials

--	--	--	--

Gender

M	F
---	---

Surname

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

Maiden Name

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

First Names (in Full)

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

I.D. Number

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

Date of Birth

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

Relationship to Account Holder

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

Title

--	--	--	--

Initials

--	--	--	--

Gender

M	F
---	---

D. CONTRIBUTION COLLECTION DETAILS

Name of Bank

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

Account Type

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

Name of Account Holder

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

Account Number

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

Amount to be Debited R

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

Branch Name

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

Branch Code

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

Date of 1st Debit Order

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

I understand that the withdrawals hereby authorised will be processed by computer through a system known as the ACB Magnetic Tape Service / Debit order / Multidata and I also understand that details of each withdrawal will be printed on my bank statement or on an accompanying voucher.

I agree to pay any bank charges relating to this, ACB Magnetic Tape Service / Debit order / Multidata instruction.

This authority may be cancelled by me giving HealthCARD (Pty) Ltd. thirty days notice in writing, sent by prepaid registered post, but I understand that I shall not be entitled to any refund of amounts which Health CARD (Pty) Ltd has withdrawn while this authority was in force if such amounts were legally owing to Health CARD. Receipt of this instruction by HealthCARD (Pty) Ltd. shall be regarded as receipt thereof by my bank.

I further agree to advise Health CARD (Pty) Ltd. in writing of any changes which may occur.

Signature of Account Holder _____

PLEASE READ AND SIGN THE TERMS AND CONDITIONS OF USE OVERLEAF

