



registrasie van my pasgebore baba

Slegs vir kantoorgebruik									
Lidmaatskapnommer									
	M	H							

Navrae: 086 0100 678
 Faks: 012 336 9534 E-pos: newbusiness@medihelp.co.za
 Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte
Betaalnommer
<input type="text"/>
Kantoorstempel van werkgewer
<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

1. Voltooi asseblief hierdie vorm in drukskrif in swart ink en e-pos, faks of pos dit aan Medihelp.
2. Voltooi asseblief alle afdelings volledig en onderteken die aansoekvorm.
3. Moet onder geen omstandighede 'n onvoltooide aansoekvorm onderteken nie.

1. besonderhede van lid

Lidnommer	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Titel	Mnr	Mev	Me	Ander (spesifiseer)
Voorname	<input type="text"/>							
Van	<input type="text"/>							
Selfoonnommer	<input type="text"/>	Tel: (W) Kode	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>			
		Tel: (H) Kode	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>			
E-posadres	<input type="text"/>							

2. datum waarop my pasgebore baba(s) geregistreer moet word

j	j	j	j	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

3. besonderhede van my pasgebore baba(s)

In die geval van afhanklikes wat nie Suid-Afrikaanse burgers is nie, moet 'n afskrif van hul paspoort saam met die voltooide aansoekvorm ingedien word.

Afhanklike

Van	<input type="text"/>																							
Volle voorname	<input type="text"/>																							
Noemnaam	<input type="text"/>																							
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>												Geslag	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>							
Geboortedatum	j	j	j	j	m	m	d	d																
Verwantskap met lid	<input type="text"/>																							

Afhanklike

Van	<input type="text"/>																							
Volle voorname	<input type="text"/>																							
Noemnaam	<input type="text"/>																							
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>												Geslag	Manlik	<input type="checkbox"/>	Vroulik	<input type="checkbox"/>							
Geboortedatum	j	j	j	j	m	m	d	d																
Verwantskap met lid	<input type="text"/>																							



4. lidmaatskapvoorwaardes, onderneming deur lid/afhanklike en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk

Medihelp bevestig dat –

1. die persoonlike en mediese inligting van u en u geregistreerde afhanklike(s) vertroulik hanteer sal word en dat die inligting nie aan 'n derde party verkoop sal word of vir handels- of verwante doeleindes gebruik sal word nie;
2. sekerheidsmaatreëls in werking gestel is om u data te beskerm en dat Medihelp-personeel en gekontrakteerde partye toegang het tot u data om onder andere u eise te verwerk en betaal, en dat hulle 'n vertroulikheidsooreenkoms onderteken het ingevolge waarvan hulle onderneem om nie u persoonlike inligting aan enige ongemagtigde partye bekend te maak nie;
3. u persoonlike inligting slegs gebruik sal word vir doeleindes soos om u aansoek om registrasie van u afhanklike(s) te verwerk, u mediese eise te betaal, te bepaal of u op voordele geregtig is, risiko's te bestuur en vir enige kommunikasiedoeleindes;
4. die Skema verantwoordelikheid sal aanvaar vir enige skending van vertroulikheid en sodanige voorvalle ingevolge sy interne beleid sal hanteer; en
5. indien u 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis se dienste gebruik, sal toepaslike lidmaatskapinligting aan die makelaarshuis beskikbaar gestel word ten einde 'n diens aan u te lewer en mag 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis Medihelp opdrag gee om enige van u persoonlike inligting behalwe u bankbesonderhede te wysig, tensy u Medihelp anders opdrag gee.

U verantwoordelikhede as 'n lid/afhanklike van Medihelp:

6. Ek sal toesien dat ek vertrouwd is met al die bepalings van die Reëls van Medihelp en sal alle korrespondensie lees wat van Medihelp ontvang word, soos nuusbriewe en state, en ek sal my voordelegids bestudeer en sorg dat ek vertrouwd is met die dekking wat deur my gekose voordele-opsie gebied word.
7. Ek onderneem om die Reëls na te kom, soos van tyd tot tyd gewysig, wat by www.medihelp.co.za op die beveiligde webtuiste vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike dade te pleeg nie. Ek verstaan dat die Reëls van Medihelp na goedkeuring van my aansoek om registrasie van my afhanklike(s) bindend op my geregistreerde afhanklike(s) sal wees soos wat die Reëls bindend is op my.
8. Met ondertekening van hierdie aansoek bevestig ek dat ek die reg het om aansoek te doen om die registrasie van my afhanklike(s) en om op te tree namens diegene waarvoor ek aansoek doen, in verband met enige aangeleentheid wat verband hou met hierdie aansoek.
9. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om registrasie van my afhanklike(s) verskaf is, akkuraat en volledig is. Ek begryp dat enige vals verklaring of weglating van inligting aanleiding kan gee tot die beëindiging van my of my geregistreerde afhanklike(s) se lidmaatskap, of enige ander maatreëls wat Medihelp geheel na sy goëddunke kan neem, onderhewig aan appèlprosedures. **Ek verstaan dat dit my verantwoordelikheid is om te verseker dat die besonderhede in hierdie aansoekvorm waar en volledig is vir myself en my afhanklike(s), selfs as hierdie aansoekvorm deur my finansiële adviseur of enige ander derde party namens my voltooi is. Ek onderneem om Medihelp skriftelik van enige toekomstige wysigings aan my persoonlike besonderhede en/of bankbesonderhede in kennis te stel en besef dat enige nienakoming hiervan kan lei tot beëindiging van my lidmaatskap in ooreenstemming met die bepalings van die Wet op Mediese Skemas en Medihelp se geregistreerde Reëls.**
10. Ek verstaan dat hierdie aansoekvorm geldig is vir 'n tydperk van 30 dae vanaf die datum van ondertekening. Die tydperk kan verleng word, onderworpe aan Medihelp se diskresie, tot 'n maksimum van 90 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en van my sal verwag word om 'n nuwe aansoekvorm te voltooi.
11. Ek bevestig dat my afhanklike(s) nie as bevoordeeldes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees soos op die datum waarop ek hulle registrasie by Medihelp versoek het nie.
12. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees soos met Medihelp ooreengekom, en daarna op dieselfde dag van elke daaropvolgende kalendermaand. Indien my werkgewer, as my gemagtigde agent, onderneem om my ledegeld aan Medihelp oor te betaal, gee ek my werkgewer toestemming om die bedrag wat aan Medihelp betaalbaar is van my salaris te verhaal en sodanige bedrag aan Medihelp oor te betaal. Verder gee ek toestemming dat Medihelp die volgende inligting aan my werkgewer mag voorsien om ledegeldbetalings te doen: my identiteitsnommer, my belastingsertifikaatinligting, asook my geregistreerde afhanklike(s) se geboortedatum, ouderdom en verwantskap. Ek is voorts verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, aan Medihelp te betaal sou ek my lidmaatskap beëindig.
13. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat nie ek of my afhanklike(s) as bevoordeeldes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl ons steeds lid van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema:

14. Ek is bewus daarvan dat Medihelp die voordele wat toegestaan word en die limietbedrae/tariewe wat ten opsigte van spesifieke dienste betaal word, mag beperk deur onder andere bybetalings en uitsluitings toe te pas.
15. Die Reëls van Medihelp mag voorsiening maak vir verskillende intervensies wat ontwikkel is om kostedoeltreffendheid en toepaslikheid van dienste te verseker, soos voorafgoedkeuring en die gebruikmaking van aangewese diensverskaffers.



4. lidmaatskapvoorwaardes, onderneming deur lid/afhanklike en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk (vervolg)

16. Medihelp mag voorts die verwisseling van voordele-opsie beperk tot die begin van 'n jaar, en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
17. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word na verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
18. Ek is voorts bewus daarvan dat my lidmaatskap opgeskort mag word indien ek versuim om die volle ledegeld of skuld vir 'n maand lank te betaal, en dat my lidmaatskap beëindig mag word indien die betaling vir twee (2) maande lank agterstallig is, en dat my rekening oorhandig sal word vir invordering.
19. Ek is bewus daarvan dat Medihelp se ledegeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog.

Beskerming van inligting:

20. Deur hierdie vorm te teken, gee ek toestemming dat Medihelp persoonlike inligting, soos in die Wet op Beskerming van Persoonlike Inligting, 2013 (Wet No 4 van 2013) omskryf, met enige derde party deur Medihelp genomineer, mag deel.
21. Ek gee hiermee toestemming dat –
 - 21.1 Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my afhanklike(s) se gesondheid, en ek gee toestemming aan die dokter of die betrokke persoon om sodanige inligting aan Medihelp en sy gekontrakteerde derde partye beskikbaar te stel;
 - 21.2 my afhanklike(s) mag navraag doen oor my of enige van my afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waarvoor Medihelp beskik;
 - 21.3 'n adviseur in diens van 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis, sou ek sodanige aanstelling maak en hul dienste gebruik, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waarvoor Medihelp beskik. Sodanige adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis mag opdrag aan Medihelp gee om enige van my persoonlike inligting, uitgesluit my bankbesonderhede, te wysig; en
 - 21.4 Medihelp my en my afhanklike(s) se mediese en persoonlike inligting aan mediese diensverskaffers bekend mag maak met die doel om mediese dienste aan my en my afhanklike(s) te lewer en sodanige dienste te betaal.
22. Ek begryp dat die inligting bedoel in paragraaf 21 slegs gebruik sal word vir die doeleindes soos uiteengesit in Medihelp se vertroulikheidsverklaring (op hierdie aansoekvorm) en dat enige afwykings as skending van vertroulikheid geag sal word. Indien Medihelp die inligting vir ander doeleindes wil gebruik, moet Medihelp vooraf my goedkeuring daarvoor verkry.
23. Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklike(s) met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word.
24. Ek gee toestemming dat Medihelp, vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van my afhanklike(s) of die toepassing van onderskrywing of risiko-ontledings of die oorweging van 'n eis vir mediese uitgawes, inligting oor my en my afhanklike(s) van mediese praktisyne, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers mag versoek.
25. Ek gee voorts toestemming, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklike(s) verkry het, dat Medihelp enige inligting oor my/my afhanklike(s) se verbruikerskredietrekord aan enige kredietburo of vereniging in die kredietvoorsieningsbedryf mag voorsien, insluitend, maar nie beperk nie tot, inligting oor my/my afhanklike(s) se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.

Handtekening van lid

Datum

Indien u as voog of kurator namens 'n ander persoon aansoek doen, voltooi asseblief die onderstaande gedeelte:

In u hoedanigheid as

Voog

Kurator

ID-/paspoortnommer

Titel

'n Afskrif van u paspoort/ID, asook die dokument wat u aanstelling as voog/kurator bevestig, moet dié aansoek vergesel.

Voorname

Van

Tel: Kode

No.

Faks: Kode

No.

Selfoonnommer

5. onderneming en verklaring deur adviseur

LW: Indien hierdie afdeling nie volledig deur die adviseur voltooi word nie, sal geen kommissie betaal word nie.

Ek verklaar dat –

1. die lid my as sy/haar adviseur aangestel het en daarop geregtig is om my dienste te eniger tyd te beëindig;
2. ek 'n geldige kontrak met my Medihelp-gekontraheerde makelaarshuis geteken het; en
3. die lid die aansoek persoonlik onderteken het.

Ek neem kennis dat die adviseur/makelaarshuis Medihelp vrywaar teen enige nienakoming van die wetlike vereistes soos hierbo gemeld.

Naam van makelaarshuis

Kode van makelaarshuis

Adviseurskode

Adviseur se naam en van

Tel: Kode

No.

Faks: Kode

No.

E-posadres

Handtekening van adviseur

Datum

Wenkverwysingsnommer

In geval van 'n dispuut sal die geregistreerde Reëls van Medihelp geld.



Medihelp

Navrae: 086 0100 678

Faks: 012 336 9534

E-pos: newbusiness@medihelp.co.za

Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007

Webtuiste: www.medihelp.co.za

Raad vir Mediese Skemas

Navrae: 086 1123 267

Webtuiste: www.medicalschemes.com

Medihelp is 'n gemagtigde verskaffer van finansiële dienste (FSP No 15738)