

Aansoek om wysiging in lidmaatskap



Navrae: 086 0100 678

E-pos: newbusiness@medihelp.co.za

www.medihelp.co.za

Hoe om aansoek te doen

- Deur jou aansoek aanlyn op Medihelp se webtuiste in te dien, kry jy onmiddelik erkenning van ontvangs en word die aansoek vinniger verwerk. Besoek <https://onlineapplication.medihelp.co.za>.
- Indien jy die gedrukte vorm gebruik, moet jy asseblief al die afdelings in duidelike drukskrif invul, 'n pen met swart ink gebruik en by al die relevante afdelings onderteken. Lees asseblief die lidmaatskapvoorwaardes in afdeling 8 sorgvuldig deur voordat jy teken. Onvolledige inligting kan die aansoekproses vertraag.

Volgende stappe volg nadat ons jou aansoek ontvang het

- Medihelp sal jou van telefoonnommer 012 336 9000 kontak indien meer inligting benodig word. Stoor asseblief die nommer om dit as 'n geldige oproep te herken en nie 'n spamoproep nie. Jy kan ook die Application in Motion (AiM) op ons webtuiste by <https://onlineapplication.medihelp.co.za> gebruik om jou aansoek te monitor en meer besonderhede te verskaf waar nodig.
- Sodra jy kommunikasie ontvang met 'n skakel om op die Member Zone te registreer, kan jy jou digitale lidmaatskapkaart aflaai.

Jy moet hierdie vorm voltooi net as die onderstaande van toepassing is. In alle ander gevalle moet jy asseblief die My Medihelp-aansoekvorm (vorm 4216) voltooi.

- Voortgesette lidmaatskap vir bestaande afhanklikes van 'n afgestorwe lid.
- Lidmaatskap vir afhanklikes wat ingevolge die Reëls van Medihelp nie meer as afhanklikes kwalifiseer nie.
- Statuswysiging op dieselfde plan – gade/gesel op vorige lidmaatskap word 'n hooflid met nuwe lidmaatskap.
- Hooflid en afhanklikes verdeel lidmaatskap en beide bly op dieselfde plan.
- Versoek 'n nuwe lidnommer as gevolg van 'n gesteelde lidmaatskapkaart of identiteitsdiefstal.

1. Wanneer moet jou lidmaatskap begin?

Niemand mag as lid van Medihelp ingeskryf word terwyl die persoon 'n lid van 'n ander mediese skema is nie. Verwys asseblief na paragraaf 10 van afdeling 8 van hierdie aansoekvorm.

2. Jou inligting (persoon wat lidmaatskap verlang)

Vorige lidmaatskapnommer

Indien jy jou paspoortnommer gebruik, moet jy asseblief 'n afskrif van jou paspoort aanheg.

ID-/paspoortnommer	<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"/>	Titel	<input type="text"/>	Mnr	<input type="text"/>	Mev	<input type="text"/>	Me	<input type="text"/>	Ander (spesifiseer)	<input type="text"/>			
Geboortedatum	<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"/>													
Van	<input type="text"/>										Voorletters	<input type="text"/>		
Voorname	<input type="text"/>										Geslag	<input type="text"/> Manlik <input type="text"/> Vroulik		
Huwelikstatus	<input type="text"/> Getroud <input type="text"/> Ongetroud												Noemnaam	<input type="text"/>
Inkomstebelastingnommer	<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"/>										Huweliksdatum	<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"/>		
											Taal	<input type="text"/> Afrikaans <input type="text"/> Engels		

Dui asseblief jou ras aan, slegs indien jy so verkies. Die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad op Mediese Skemas gebruik.

Swart Kleurling Indiër/Asiaties Wit Ander

3. Jou kontakbesonderhede

Neem asseblief kennis: Ons kommunikeer slegs elektronies met ons lede.

Woonadres*

Huis-/eenheidnommer	<input type="text"/>	Kompleks-/gebounaam	<input type="text"/>
Straatnaam	<input type="text"/>		
Voorstad	<input type="text"/>	Stad/dorp	<input type="text"/>
Provinsie	<input type="text"/>	Poskode	<input type="text"/>
Selfoonnommer*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Alternatiewe kontaknommer	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Persoonlike e-posadres*	<input type="text"/>		

*Alle kontakbesonderhede is verpligtend en word vereis om belangrike inligting oor jou regte, verantwoordelikhede en pligte as lid aan jou te kommunikeer. As dit nie verstrekkend word nie, kan ons nie jou aansoek om lidmaatskap afhandel nie.

Om ons in staat te stel om doeltreffend met jou te kommunikeer, dui asseblief aan of die volgende op jou van toepassing is:

Siggestremd Ja Nee Gehoorgestremd Ja Nee

4. Besonderhede van jou werkgewer/die instansie wat jou ledegeld betaal

NB: Voltooi hierdie afdeling slegs indien jou ledegeld ten volle of gedeeltelik deur jou werkgewer of enige ander instansie betaal word.

Naam van werkgewer/instansie _____

Kampus/terrein _____

Takkode/werkgewersgroepnommer _____

Betaalnommer _____

Aanstellingsdatum

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

Tipe aanstelling

Betaalarea _____

Permanent

Tydelik

Kantoorstempel van werkgewer

5. Merk jou plan keuse met 'n "X"

5.1 Planne

Neem kennis

- Alle inligting oor voordele kan in jou 2026-ledegids verkry word.
- As jy 'n plan met 'n spaarrekening kies (MedAdd, MedAdd Elect, MedSaver, MedPrime, MedPrime Elect of MedElite), verwys asseblief na afdeling 5.3.

Basiese planne

MedMove!

MedVital

MedVital Elect

Spaarplanne

MedAdd

MedAdd Elect

MedSaver

Omvattende planne

MedPrime

MedPrime Elect

MedReach

MedElite

MedPlus

5.2 Studente (slegs MedMove!)

As jy op MedMove! as 'n student wil inskryf, verskaf asseblief die volgende:

- Aanvaarbare bewys van inskrywing as 'n student is 'n bewys van registrasie vir studies op 'n amptelike briefhoof van die tersiêre instelling of beroepsopleidingskollege waar jy as student geregistreer is.
- Aanvaarbare bewys van inkomste, as Medihelp dit versoek, is amptelike bankstate vir die afgelope drie maande waarop die rekeninghouer se voorletters en van voorkom en jou inkomste aangedui word. Ander bykomende bewys van inkomste kan ook vereis word.
- Aanvaarbare bewys van voortgesette studies moet jaarliks, teen die gespesifiseerde datum, aan Medihelp verskaf word, of meer gereeld indien Medihelp dit versoek.

5.3 Aanwending van spaarrekeningfondse

MedAdd, MedAdd Elect en MedSaver

Voorkeure vir SavingsNow-rekening

Dui asseblief aan hoe Medihelp jou SavingsNow-rekening moet gebruik.

By verstek:

Alle kwalifiserende dag-tot-dag mediese dienste buite die hospitaal word uit SavingsNow betaal.

Gespesialiseerde radiologie is nie by hierdie outomatiese betaling ingesluit nie.

Jou keuse (merk asseblief):

- Betaal bybetalings en kortbetalings op gespesialiseerde radiologie wat in die hospitaal gedoen is uit SavingsNow.
- Betaal bybetalings en kortbetalings op gespesialiseerde radiologie wat buite die hospitaal gedoen is uit SavingsNow.
- Betaal alle ander hospitaalbybetalings en -kortbetalings (behalwe gespesialiseerde radiologie) uit SavingsNow.

Ja	Nee
----	-----

Ja	Nee
----	-----

Ja	Nee
----	-----

Indien jy nie jou voorkeure aandui nie, sal hierdie koste nie uit jou SavingsNow-rekening betaal word totdat jy vir ons opdrag gee nie.

Jy kan jou voorkeure enige tyd op die Member Zone verander.

6. Afhanklikes wat jy wil registreer

Jy kan die volgende afhanklikes registreer:

- Gade/leuensmaat
- Eie kinders van die aansoeker en die gade/leuensmaat
- Stiefkinders van die aansoeker en die gade/leuensmaat
- Aangenome kinders of kinders in proses van aanneming/pleegkinders/kinders in tydelike veilige bewaring/kinders wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms van die aansoeker en die gade/leuensmaat

As enige van die volgende persone afhanklik is van die aansoeker vir gesinsorg en bystand, mag jy hulle as afhanklikes registreer:

- Vader/moeder/broers/susters van die aansoeker
- Kleinkinders van die aansoeker

Let wel

- Pleegkinders en kinders in tydelike veilige bewaring mag volgens wetgewing slegs tot die ouderdom van 26 jaar as afhanklikes geregistreer word.

- Indien 'n afhanklike nie 'n Suid-Afrikaanse burger is nie, moet 'n afskrif van hul paspoort saam met die voltooid aansoekvorm ingedien word.
- Indien jy 'n leuensmaat as 'n afhanklike registreer, bevestig jy dat jy in 'n permanente saamwoonverhouding is en onderneem om Medihelp binne 30 dae in te lig as die status van jou verhouding verander.

Die volgende persone mag nie as afhanklikes van die aansoeker geregistreer word nie:

- Stiefbroers en -susters
- Stiefouers
- Skoonfamilie
- Peetkinders
- Niggies en nefies
- Grootouers
- Broers- en susterskinders

Heg asseblief die volgende stawende dokumente aan om verdragings met jou inskrywing te vermy:*

Afhanklikes	Vereiste dokumente
<ul style="list-style-type: none"> • Aangenome kinders of kinders in proses van aanneming/pleegkinders/kinders in tydelike veilige bewaring/kinders wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms van die aansoeker en die gade/leuensmaat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regsdokumente wat bevestig dat die kind aangeneem is of in proses van aanneming/in pleegsorg/tydelike veilige sorg van die aansoeker geplaas is. • Amptelike bewys van die hof, klerk van die hof of aangewese maatskaplike werker moet gelewer word ingevolge die vasgestelde kriteria wat Medihelp bepaal.
<ul style="list-style-type: none"> • Kind of kleinkind • As die van verskil van die aansoeker se van 	<ul style="list-style-type: none"> • Volledige geboortesertifikaat • Vir kleinkinders, die volledige geboortesertifikaat of 'n verklaring wat die gesinsorg en bystand bevestig

* Hierdie inligting is verpligtend. As dit nie voltooi word nie, kan jou aansoek om lidmaatskap nie afgehandel word nie.

Afhanklikes

Titel	1 _____ Voorletters _____	2 _____ Voorletters _____
Verwantskap aan aansoeker	_____	_____
Van	_____	_____
Volle voorname	_____	_____
Noemnaam	_____	_____
ID-/paspoortnommer	<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"/>
Geboortedatum	<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"/> Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik	<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"/> Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik
Selfoonnommer*	<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"/>
Persoonlike e-posadres*	_____	_____
Siggestremd*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gehoorgestremd*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Dui asseblief jou afhanklike se ras aan, slegs indien jy so verkies. Die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad op Mediese Skemas gebruik.	Dui asseblief jou afhanklike se ras aan, slegs indien jy so verkies. Die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad op Mediese Skemas gebruik.
	<input type="checkbox"/> Swart <input type="checkbox"/> Kleurling <input type="checkbox"/> Indiër/Asiaties <input type="checkbox"/> Wit <input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/> Swart <input type="checkbox"/> Kleurling <input type="checkbox"/> Indiër/Asiaties <input type="checkbox"/> Wit <input type="checkbox"/> Ander
Titel	3 _____ Voorletters _____	4 _____ Voorletters _____
Verwantskap aan aansoeker	_____	_____
Van	_____	_____
Volle voorname	_____	_____
Noemnaam	_____	_____
ID-/paspoortnommer	<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"/>
Geboortedatum	<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"/> Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik	<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"/> Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik
Selfoonnommer*	<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"/>
Persoonlike e-posadres*	_____	_____
Siggestremd*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gehoorgestremd*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Dui asseblief jou afhanklike se ras aan, slegs indien jy so verkies. Die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad op Mediese Skemas gebruik.	Dui asseblief jou afhanklike se ras aan, slegs indien jy so verkies. Die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad op Mediese Skemas gebruik.
	<input type="checkbox"/> Swart <input type="checkbox"/> Kleurling <input type="checkbox"/> Indiër/Asiaties <input type="checkbox"/> Wit <input type="checkbox"/> Ander	<input type="checkbox"/> Swart <input type="checkbox"/> Kleurling <input type="checkbox"/> Indiër/Asiaties <input type="checkbox"/> Wit <input type="checkbox"/> Ander

*Hierdie inligting is verpligtend en is nodig om belangrike inligting aan jou afhanklike te kommunikeer indien hulle 18 jaar of ouer is.

7. Bankbesonderhede

7.1 Voltooi hierdie afdeling as jy self jou ledegeld gaan betaal

Ek gee toestemming aan Medihelp om die toepaslike ledegeld wat deur my aan Medihelp betaalbaar is, maandeliks per debietorder van my bankrekening te verhaal op die datum soos onder aangedui. Verder gee ek toestemming aan Medihelp om die ledegeld, soos nodig, aan te pas en die gewysigde bedrag, of enige uitstaande ledegeld, van my bankrekening te verhaal.

7.2. Merk hierdie afdeling as jou werkgewer of 'n instansie jou ledegeld gaan betaal

My werkgewer/instansie as my gemagtigde agent gee toestemming aan Medihelp om die toepaslike ledegeld wat deur my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent aan Medihelp betaalbaar is, vanaf die datum van inskrywing per debietorder maandeliks op die laaste werkdag van my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent se bankrekening te verhaal. Ek gee toestemming aan Medihelp om die ledegeld, indien nodig, aan te pas en die gewysigde bedrag, of enige uitstaande ledegeld, van my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent se bankrekening te verhaal.

7.3. Voltooi jou bankbesonderhede vir debietorderverhalings en kredietterugbetalings (alle aansoekers moet hierdie inligting voltooi)

As jy net een bankrekeningnommer verskaf, sal ons dit gebruik vir die verhaling van ledegeld en die terugbetaling van kredietbedrae.

1. Gebruik die rekening hier onder vir alle transaksies

2. Gebruik die rekening hier onder slegs om ledegeld te verhaal

LW: As jy opsie 2 gekies het, moet jy die bankbesonderhede vir kredietterugbetaling in die regterkantste kolom voltooi.

Bank _____

Tak _____

Takkode

Soort rekening

Spaar	Tjek
-------	------

Rekeninghouer se voorletters en van _____

Rekeningnommer _____

Gebruik die rekening hier onder slegs vir kredietterugbetalings

LW: As jy opsie 2 in die linkerkantste kolom gekies het, moet jy die bankbesonderhede hier onder voltooi.

Bank _____

Tak _____

Takkode

Soort rekening

Spaar	Tjek
-------	------

Rekeninghouer se voorletters en van _____

Rekeningnommer _____

Verhaal asseblief die maandelikse ledegeld per debietorder vanaf die bogenoemde bankrekening op die volgende datum (kies slegs een opsie deur 'n "X" te merk)

Eerste werkdag van die maand Laaste kalenderdag van die maand 25ste dag van die maand

Handtekening van aansoeker

Handtekening van rekeninghouer

Neem kennis

- Jou ledegeld is vooruit betaalbaar en as jou lidmaatskap eers ná die gekose datum afgehandel word, sal Medihelp twee debietorderverhalings in jou eerste maand van lidmaatskap maak: op die eerste beskikbare werkdag ná aktivering van jou lidmaatskap EN op die gekose datum in dieselfde maand. Medihelp sal jou ledegeld daarna maandeliks verhaal op die gekose dag hierbo aangedui.
- As die debietorderverhalingsdatum op 'n naweek of 'n openbare vakansiedag val, sal jou ledegeld op die eerste werkdag ná die gekose datum verhaal word.
- As geen debietorderverhalingsdatum gekies word nie, sal Medihelp die verhaling op die eerste werkdag van die maand doen.
- In die geval van 'n trust, moet die verantwoordelike trustee hierdie afdeling teken en 'n afskrif van die trustakte indien.

Voltooi hierdie afdeling as 'n derde party die ledegeld namens die aansoeker betaal.

Hierdie inligting is 'n verpligte vereiste van die Suid-Afrikaanse Inkomstediens (SAID). Ek, die ondergetekende, stem hiermee in om die maandelikse mediese fondseledegeld namens die lid te betaal. Verder magtig ek Medihelp Mediese Skema om die ledegeld van my bankrekening te verhaal.

Aard van betaler _____
(byvoorbeeld, individu, maatskappy, ens.)

ID-/paspoortnommer

Van _____

Titel

Mnr	Mev	Me	Ander (spesifiseer)
-----	-----	----	---------------------

Voornaam _____

Voorletters _____

Geboortedatum

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

Nasionaliteit _____

Straatadres _____

Maatskappy se geregisteerde naam _____

Maatskappy se registrasienommer

Inkomste-belastingnommer

Handtekening van derde party

8. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur aansoeker en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk

Medihelp bevestig dat:

- Die persoonlike en mediese inligting van jou en jou geregistreerde afhanklikes 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.
- Sekerheidsmaatreëls in werking gestel is om jou data te beskerm en dat Medihelp se werknemers en gekontrakteerde partye toegang het tot jou data om onder meer jou eise te verwerk en betaal, en dat hulle 'n vertroulikheidssooreenkoms onderteken het ingevolge waarvan hulle onderneem om nie jou persoonlike inligting aan enige ongemagtigde partye bekend te maak nie.
- Jou persoonlike inligting net gebruik sal word vir doeleindes soos om jou aansoek om lidmaatskap te verwerk, jou mediese eise te betaal, te bepaal of jy op voordele geregtig is, risiko's te bestuur en vir enige kommunikasiedoeleindes of bemarkingsinisiatiewe wat Medihelp onderneem.
- Die Skema verantwoordelikheid sal aanvaar vir enige skending van vertroulikheid en sodanige voorvalle ingevolge sy interne beleid sal hanteer.
- As jy 'n makelaarshuis wat met Medihelp gekontrakteer is se diens gebruik, sal toepasslike lidmaatskapinligting aan die makelaarshuis beskikbaar gestel word om 'n diens aan jou te lewer en mag 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis Medihelp opdrag gee om enige van jou persoonlike inligting behalwe jou bankbesonderhede te wysig, tensy jy Medihelp anders opdrag gee.

Jou verantwoordelikhede as 'n lid van Medihelp

- Ek sal toesien dat ek vertrou is met al die bepalings van die Reëls van Medihelp en sal alle korrespondensie lees wat van Medihelp ontvang word, soos nuusbriewe en state. Ek sal ook my voordelegeds bestudeer en sorg dat ek vertrou is met die dekking wat deur my gekose plan gebied word.
- Ek onderneem om by die Reëls van Medihelp te hou, soos van tyd tot tyd gewysig en by www.medihelp.co.za op die selfhelpplatform vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike dade te pleeg nie.
- Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om lidmaatskap verstrek is, akkuraat en volledig is. Ek begryp dat enige vals verklaring of weglating van inligting kan lei tot die beëindiging van my of my geregistreerde afhanklikes se lidmaatskap, of enige ander maatreëls wat Medihelp geheel na sy goeë dunde kan neem, onderhewig aan appèlprosedures. Ek begryp dat dit my verantwoordelikheid is om te verseker dat die besonderhede in hierdie aansoekvorm waar en volledig is vir myself en my afhanklikes, selfs as hierdie aansoekvorm deur my finansiële adviseur of enige ander derde party namens my voltooi is. Ek onderneem om Medihelp skriftelik in kennis te stel van enige verandering in my of my afhanklikes se gesondheidstoestand nadat my aansoek om lidmaatskap ingedien is, maar voordat my lidmaatskap in werking tree. Ek bevestig dat die e-posadres wat ek in afdeling 3 hier bo verskaf het die adres is waar ek alle kommunikasie van Medihelp sal ontvang. Ek onderneem om Medihelp skriftelik van enige toekomstige verandering in my persoonlike besonderhede en/of bankbesonderhede in kennis te stel en ek begryp dat enige nienakoming hiervan kan lei tot die beëindiging van my lidmaatskap in ooreenstemming met die bepalings van die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 en die geregistreerde Reëls van Medihelp.
- Ek begryp dat hierdie aansoekvorm geldig is vir 'n tydperk van 30 dae vanaf die datum van ondertekening. Die tydperk kan hierna verleng word, na Medihelp se goeë dunde, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en ek 'n nuwe aansoekvorm moet voltooi.
- Ek bevestig dat nie ek of my afhanklikes as bevoorreedes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek lidmaatskap van Medihelp versoek het nie.
- Ek neem kennis dat die maandelikse lededgeld verskuldig sal wees op die eerste dag van inskrywing

en daarna op die eerste dag van elke daaropvolgende kalendermaand, en dat dit betaalbaar sal wees op die datum wat ek in afdeling 7 gekies het. As my werkgever/instansie, as my gemagtigde agent, onderneem om my lededgeld aan Medihelp oor te betaal, gee ek my werkgever/instansie 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 werkgever/instansie mag voorsien om lededgeldbetalings te doen: my identiteitsnommer, my belastingsertifikaatinligting, asook my afhanklikes se geboortedatum, ouderdom en verwantskap. Ek is ook verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, soos van toepassing, aan Medihelp te betaal indien ek my lidmaatskap beëindig.

- Ek neem kennis dat 'n derde party wat die lededgeld namens my betaal nie deel is van die kontrak met Medihelp nie en nie kommunikasie sal ontvang oor veranderinge in die maandelikse betaalbare lededgeld nie. Ek onderneem om die derde party in te lig van enige veranderinge in my lededgeld en aanvaar dat ek verantwoordelik bly vir die betaling daarvan.
- Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat nie ek of my afhanklikes as bevoorreedes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl ons steeds lede van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema

- Ek is bewus daarvan dat enige oorblywende tydperke van 'n bestaande algemene of toestandspesifieke wagtydperk wat voorheen opgelê is deur Medihelp gehandhaaf sal word. Medihelp sal voortgaan om 'n laataansluitingsbelading te handhaaf as 'n bevoorreedde by inskrywing aan 'n laataansluitingsbelading onderhewig was. Medihelp mag my lidmaatskap afhandel sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardesdokument as geen wagtydperk en/of laataansluitingsbelading opgelê is nie.
- Ek is ook bewus daarvan dat Medihelp die voordele wat toegestaan word en die bedrae/tariewe wat ten opsigte van spesifieke dienste betaal word, mag beperk deur onder meer bybetalings en uitsluitings toe te pas.
- 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.
- Medihelp mag ook die verwisseling van plan beperk tot die begin van 'n jaar en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
- Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word ná verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
- Ek is ook bewus daarvan dat my voordele opgeskort mag word as ek versuim om die volle lededgeld of skuld te betaal, dat my lidmaatskap beëindig mag word as enige bedrag 30 dae ná die opskortingsdatum steeds uitstaande is, en dat my rekening oorhandig sal word vir invordering.
- Ek is bewus daarvan dat Medihelp se lededgeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog. Ek magtig Medihelp ook om die lededgeld aan te pas indien nodig as gevolg van 'n verandering in my lidmaatskap en om die gewysigde bedrag of enige uitstaande lededgeldbedrae van my of die derdepartytalder/werkgever/instansie wat ek as die gemagtigde betaler van my lededgeld aangedui het, te verhaal.

Beskerming van inligting

- Ek gee hiermee toestemming en verklaar dat ek die instemming van my afhanklikes verkry het, dat:
 - Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my of my afhanklikes 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 vir die administrasie van my gesondheidsplan;

- My afhanklikes mag navraag doen oor my of enige van my afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
- Enige adviseur wie ek aangestel het en wie se aanstelling Medihelp aanvaar het, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik. Die adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis mag Medihelp ook opdrag gee om enige van my persoonlike inligting, behalwe my bankbesonderhede, te wysig, met die doel om gepaste administrasie en onderskrywing toe te pas;
- Medihelp my en my afhanklikes se mediese en persoonlike inligting aan mediese diensverskaffers bekend mag maak met die doel om mediese dienste aan my en my afhanklikes te lewer en sodanige dienste te betaal; en
- Medihelp my inligting mag deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.
- Ek neem kennis dat Medihelp voldoen aan die bepalings van die Wet op Beskerming van Persoonlike Inligting 4 van 2013 (POPIA).
- Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklikes met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word vir gehaltebeheerdoeleindes, asook om bedrog te help bespeur en voorkom.
- Ek gee toestemming dat Medihelp - vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om lidmaatskap, of die toepassing van onderskrywing of risiko-ontledings, of die oorweging van 'n eis vir mediese uitgawes - inligting oor my en my afhanklikes van mediese praktisyne, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgevers/instansies mag versoek.
- Ek gee ook toestemming en verklaar dat ek die instemming van my afhanklikes verkry het, dat Medihelp enige inligting oor my/my afhanklikes se verbruikerskredietrekord aan enige kredietburo of vereniging in die kredietvoorsieningsbedryf mag voorsien, ingesluit en nie daartoe beperk nie, inligting oor my/my afhanklikes se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.
- As jy van mening is dat Medihelp jou persoonlike inligting gebruik het op 'n wyse wat strydig met ons Vertroulikheidsbeleid is, is jy ingevolge die Wet op Beskerming van Persoonlike Inligting geregtig om 'n klag by die Inligtingsreguleerder in te dien, maar ons raai jou aan om eers ons interne klagteproses te volg om die saak op te los. Indien jy daarna meen dat ons die saak nie bevredigend opgelos het nie, kan jy die Inligtingsreguleerder kontak by: Die Inligtingsreguleerder (Suid-Afrika), JD House, Stiemensstraat 27, Braamfontein, 2017, telefoonnommer: 010 023 5207, e-pos: POPIAComplaints@infoeregulator.org.za.
- As jy van mening is dat Medihelp nie jou navraag bevredigend hanteer het nie, moet jy asseblief eers ons interne klagteproses volg om die saak op te los. As jy daarna meen dat ons die saak nie behoorlik opgelos het nie, kan jy die Raad op Mediese Skemas (RMS) kontak, aangesien Medihelp as 'n geregistreerde mediese skema deur die RMS gereguleer word. Die RMS se kontakbesonderhede is soos volg: Blok A, Eco Glades 2 Kantoorpark, Witch-Hazellaan 420, Eco Park, Centurion, Kliëntesorgsentrum: 0861 123 267, e-pos: complaints@medicalschemes.co.za, webtuiste: www.medicalschemes.co.za.
- Indien jy as die aansoeker se ouer teken en jou kind is jonger as 18, moet jy asseblief 'n afskrif van jou paspoort/ID-dokument en die aansoeker se geboortesertifikaat aanheg.

Handtekening van aansoeker

Datum

Indien jy as die aansoeker se ouer teken en jou kind is ouer as 18, moet jy asseblief die volgende aanheg:

'n Afskrif van jou paspoort/ID-dokument asook die dokument wat jou aanstelling as voog/kurator/volmag bevestig.

As jy as ouer, voog, kurator of gemagtigde verteenwoordiger namens 'n ander persoon aansoek doen, voltooi asseblief die onderstaande gedeelte:

In jou hoedanigheid as	<input type="text"/> Ouer (minderjarige kind) <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Voog <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Kurator <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Volmag (wetlike aanstelling) <input type="checkbox"/>
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>	Titel		<input type="text"/> Mnr <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Mev <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Me <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Ander (spesifiseer) <input type="text"/>
Voorname	<input type="text"/>		Van <input type="text"/>	
Selfoonnommer*	<input type="text"/>	Alternatiewe nommer		<input type="text"/> <input type="text"/>
Persoonlike e-posadres* <input type="text"/>				

*Hierdie inligting is verpligtend en word vereis om belangrike inligting oor jou regte, voordele en pligte as lid aan jou te kommunikeer. As dit nie verstrekkend word nie, kan ons nie jou aansoek om lidmaatskap afhandel nie.

Verwantskap aan aansoeker

9. Onderneming en verklaring deur adviseur

LW: As hierdie afdeling nie volledig deur die adviseur voltooi word nie, sal geen kommissie betaal word nie. Ek verklaar dat:

- Die aansoeker my as adviseur aangestel het en daarop geregtig is om my dienste enige tyd te beëindig;
- Ek het die aansoeker ingelig dat ek nie 'n agent van Medihelp is nie, maar dat ek in my eie hoedanigheid optree, tot my eie voordeel en belang, soos deur die aansoeker gemagtig.

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

Naam van makelaarshuis <input type="text"/>	Kode van makelaarshuis	<input type="text"/> A <input type="text"/>
Adviseur se naam en van <input type="text"/>	Adviseurskode	<input type="text"/>
E-posadres <input type="text"/>	Kontaknommer	<input type="text"/> <input type="text"/>

In die geval van 'n dispuut, sal die geregistreerde Reëls van Medihelp en / of voorwaardes van Medihelp se ooreenkomst met onafhanklike adviseurs, na gelang van omstandighede, geld.

Handtekening van adviseur

Datum

Wenkverwysingsnommer