



#### 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.







**2. Bloedtoestande**

Voorbeelde: bloedklonte, bloedingprobleme, hoë of lae yster, anemie, diepvenatrombose, longklonte, ITP en bloedplaatjiegebrek, enige ander bloeding- of bloedverwante toestande wat moontlik nie by die voorbeelde ingesluit is nie.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**3. Metaboliese en endokriene toestande**

Voorbeelde: vetsug (LMI  $\geq$  35), tipe 1-diabetes, tipe 2-diabetes, diabetes insipidus, skildkliersiekte, metaboliese sindroom, paratiroïedsiekte, osteoporose, osteopenie, groeiproebleme of -tekort, Paget se siekte, Addison se siekte, Cushing se sindroom of enige ander metaboliese of endokriene toestand.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**4. Geestesgesondheid (insluitend gedragsversteurings, middelafhanklikheid en ander psigososiale toestande)**

Voorbeelde: depressie, bipolêre gemoedsteuring, angssteuring, obsessiewe-kompulsiewe steuring, skisofrenie, eetsteurings. Alzheimersiekte, outisrme, dwelm- of alkoholafhanklikheid of -misbruik, rehabilitasie vir dwelm- of alkoholafhanklikheid. Opnames in enige fasiliteit vir die behandeling van enige geestesgesondheidstoestande.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**5. Brein- en senutoestande**

Voorbeelde: veelvuldige sklerose, beroerte, bloeding op die brein, epilepsie, polineuropatie, motorneuronsiekte, myasthenia gravis, Parkinson se siekte, Guillain-Barré-sindroom, serebrale verlamming, hemiplegie, paraplegie, kwadriplegie, rugmurgbesering, hidrosefalus, ventrikuloperitoneale (VP) omleiding, migraine, chroniese hoofpyne, ens.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**6. Oog- en ooglidtoestande**

Voorbeelde: sigverlies (gedeeltelike of totale blindheid), katarakte, gloukoom, makulêre degenerasie, retinale loslating, korneale ulkus, skeelheid, ptose en uveïtis. Voorbeelde van prosedures of toestelle sluit in kornea-oorplanting, oogchirurgie insluitend blefaroplastie, bril of enige ander oog- of ooglidtoestand, ens.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**7. Oor-, neus- en keeltoestande**

Voorbeelde: gehoorgestremtheid, gehoorverlies, oorontsteking, gebarste oordrom, mangel kondisies, adenoïedprobleme, duiseligheid, sinusprobleme of allergieë, enige oor-, neus- of keeltoestand, tandheelkundige of ortodontiese behandeling en tandchirurgie. Dit sluit enige ortodontiese, tandheelkundige of kaakbehandeling insluit.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**8. Harttoestande en hart- of perifere- verwante sirkulasietoestande**

Voorbeelde: hoë bloeddruk (hipertensie), hoë cholesterol, angina, borspyn, koronêre hartsiekte, hartaanval, hartversaking, hartkloppings, aritmie, kortasemrigheid, kardiomiopatie, of enige ander toestand wat die hart of bloedvate aantast.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**9. Asemhalings- en respiratoriese toestand**

Voorbeelde: asma, bronchitis, chroniese hoes, chroniese obstruktiwe longsiekte, emfiseem, bronchiëktase, longontsteking, tuberkulose, sistiese fibrose, sarkoïdiese en enige ander asemhalings- of respiratoriese toestand. As jy in 'n spesifieke beroep of bedryf werk wat jou longe kan beïnvloed, gee asseblief besonderhede.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**10. Abdominale en verteringstoestande**

Voorbeelde: reflux, sooibrand, enige breuke, hepatitis, Crohn se siekte, ulseratiewe kolitis, prikkelbaredermsindroom, sirroze, aambeie, rektale bloeding, alkoholiëselewersiekte, lewersversaking, pankreatitis, galblaasstoestande, galstene, slukdermsiekte, maagsere, spysverteringsprobleme, diverticulitis, enige abdominale of spysverteringstoestand.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**11. Veltoestande en niekankeragtige groeisels**

Voorbeelde: absesse, siste, wonde, ekseem, psoriase, aknee, sonvlekke, enige niekankeragtige letsels soos velletsels, vratte, moesies of enige ander toestande wat die vel aantast.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**12. Spinale, been-, spier- en verwante outo-immuuntoestande**

Voorbeelde: enige rug, knie-, heup- of skouerprobleme of enige ander gewrigspyn, jig, klompvoet, osteoartritis, prostese of verwydering van prostese en amputasie. Rumatoïediese artritis, ankiloserende spondylitis, lupus, skleroderma, polimiositis, fibromialgie, prostese, enige ander outo-immuuntoestande.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**13. Ginekologiese toestande**

Voorbeelde: menstruasieprobleme/abnormale bloeding, endometriose, polisistiese ovariële sindroom, servikale displasie of abnormaliteite, onvrugbaarheid, ovariële siste, enige ander ginekologiese toestand of prosedures, enige ander servikale biopsies

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose								Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures								Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j	j	j	j	m	m	d	d	j	j	j	j	m	m	d	d	

**14. Swangerskap en swangerskapsverwante toestande**

Bevestig asseblief of jy of enige van jou afhanklikes swanger is, as jy of enige van jou afhanklikes vermoed dat julle swanger is of toetse vir swangerskap ondergaan. Voorbeelde van swangerskapverwante toestande sluit ook in ektopiese swangerskap, miskraam, menstruasie oorgeslaan, toestande of komplikasies wat verband hou met swangerskap, noodkeisersnit, ens.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

**15. Nier- en urinêre toestande**

Voorbeelde: nier- of nierversaking, nierstene, urinêre inkontinensie, urieneweginfeksies, blaasinfeksies, nefrotiese sindroom, polisistiese niersiekte, seksueel oordraagbare siektes, akute of chroniese nierdialise, sistoskoop, stente of enige ander prosedure wat verband hou met jou niere en urinêre stelsel.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

**16. Urinêre en geslagstoestande by mans**

Voorbeelde: prostaattoestande, vergrote prostaat, spatare, gewasse, onafgedaalde testes, urinêre inkontinensie/retensie en enige ander manlike urinêre of genitale toestand, prosedures sluit in biopsies, transuretrale reseksie van die prostaat, hormoonterapie vir prostaattoestande, ens.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

**17. MIV/Vigs**

Is jy of enige van jou afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm genoem word MIV-positief of is Vigs by jou of enige van jou afhanklikes gediagnoseer?\*

Neem kennis: As jy nie 'n keuse maak nie, sal Medihelp jou antwoord as "Nee" beskou.

\*As jy of enige van jou afhanklikes verkies om nie jul MIV-status op hierdie aansoekvorm te meld nie, moet jy die Skema steeds inlig en binne 21 dae vanaf jou inskrywingsdatum vir Medihelp se MIV/Vigs-program registreer deur LifeSense by 0860 50 60 80 te bel.

Dit is belangrik om hierdie inligting te verklaar om die moontlike beëindiging van jou lidmaatskap te verhoed. Sodra ons jou aansoek ontvang om vir die MIV/Vigs-program te registreer, sal ons bepaal of onderskrywingsvoorwaardes toegepas moet word. Indien wel, sal ons 'n gewysigde Bewys van lidmaatskap-dokument aan jou uitreik.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

**18. Chroniese of gereelde medikasie**

Lys asseblief al die medisyne wat jy of jou afhanklikes oor die afgelope 12 maande gebruik het.

Dit sluit in voorskryfmedikasie of enige ander medikasie wat jy oor 'n tydperk van meer as 30 dae gebruik het. Dit sluit ook oor-die-toonbank-medisyne, natuurlike of homeopatiese medisyne, ens in.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

**19. Moontlike toekomstige dienste, behandelings, prosedures, toetse of mediese advies**

Is jy en/of jou afhanklikes bewus van of beplan julle om in die volgende 12 maande enige toets, ondersoek, behandeling en/of prosedure te laat doen? Indien "Ja", heg asseblief alle verslae, verwysingsbriewe en bloedtoetsuitslae aan wat daarmee verband hou.

Naam van bevoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

## 20. Enige ander toestande wat nie gemeld is nie

Is enige persoon wat in hierdie aansoekvorm genoem word ondersoek (byvoorbeeld mediese toetse, X-strale, skanderings), daarmee gediagnoseer en/of daarvoor behandel (met of sonder prosedures)? Dit sluit enige beserings in wat by die huis, werk of in 'n voertuigverwante ongeluk opgedoen is.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen, medisyne, prosedures	Dui tipe behandeling aan, soos hospitaalopname, chirurgie of prosedure, soort terapie, en die naam van die medisyne wat gedurende die afgelope 12 maande gebruik is
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	
		j j j j m m d d	j j j j m m d d	

## 9.3. Gestremdheid

Hierdie inligting is verpligtend, aangesien dit 'n vereiste is vir die doeleindes van die Suid-Afrikaanse Inkomstediens (SAID). Verklaar asseblief enige ongeskiktheid, byvoorbeeld gehoor, sig, spraak, verstandelik, liggaamlik en intellektueel.

Naam van beoordeelde	Spesifiseer gestremdheid	Aard: tydelik of permanent	Datum van diagnose	Einddatum van gestremdheid (indien tydelik)	Beperking van gestremdheid: lig, matig of ernstig	Praktyknommer (HPCSA-nommer)

## 9.4 Dokters geraadpleeg vir mediese toestande

- Dokters wat in die afgelope 12 maande geraadpleeg is
- Dokters wat gestremdheid gediagnoseer en behandel het
  - Indien gestremdheid aangedui is, verstrek asseblief die volgende inligting wat vir die SAID vereis word.

	1	2
Soort konsultasie	<input type="checkbox"/> Algemene konsultasies <input type="checkbox"/> Gestremdheidskonsultasie	<input type="checkbox"/> Algemene konsultasies <input type="checkbox"/> Gestremdheidskonsultasie
Naam en van	_____	_____
Telefoonnommer (W)	<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"/>
Hoe lank is dit al jou dokter (in jare)?	_____	_____
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"/>
E-posadres	_____	_____

## 10. 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 verantwoordelikhede 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 dienste gebruik, sal toepaslike 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 voordelegds 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](http://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 goeddunke kan neem, onderhewig aan appèlprosedures. Ek begryp dat dit my verantwoordelikhede 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 goeddunke, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en ek 'n nuwe aansoekvorm moet voltooi.
- Jou verantwoordelikhede as 'n lid van Medihelp (vervolg)
- Ek bevestig dat nie ek of my afhanklikes as beoordeeldes 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 ledegeld 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 werkgewer/instansie, as my gemagtigde

agent, onderneem om my ledegeld aan Medihelp oor te betaal, gee ek my werkgewer/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 werkgewer/instansie mag voorsien om ledegeldbetalings te doen: my identiteitsnommer, my belastingcertifikaatinligting, 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 ledegeld namens my betaal nie deel is van die kontrak met Medihelp nie en nie kommunikasie sal ontvang oor veranderinge in die maandelikse betaalbare ledegeld nie. Ek onderneem om die derde party in te lig van enige veranderinge in my ledegeld 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 beoordeeldes 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 'n algemene wagtydperk van drie maande en/of 'n toestandspesifieke wagtydperk van 12 maande asook 'n laataansluitingsbelading ingevolge die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 op my en my geregistreerde afhanklikes se lidmaatskap opgelê mag word. Medihelp mag my aansoek om lidmaatskap afhandel sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardedokument 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

