

# Registrasie van my afhanklikes

**Navrae:** 086 0100 678

**E-pos:** newbusiness@medihelp.co.za

**www.medihelp.co.za**

## Hoe om aansoek te doen

- Vir jou gerief kan jy die vorm ook aanlyn voltooi op Member Zone: <https://toolbox.medihelp.co.za/login>. Aanlyn aansoeke ontvang onmiddellike bevestiging en word vinniger verwerk. 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.

## 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.
- As ons jou afhanklikes lidmaatskap met standaardvoorwaardes aanbied, sal hulle lidmaatskap sonder inskrywingsvoorwaardes aktiveer.
- As ons jou afhanklikes lidmaatskap met niestandaardvoorwaardes (wagtydperke en/of laataansluitingsbeladings) aanbied, sal ons jou en/of jou adviseur per brief in kennis stel en die voorwaardes uiteensit wat vir jou lidmaatskap sal geld. Om hierdie voorwaardes te aanvaar, moet jy op ons AiM-funksionaliteit inteken.

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

Kantoorstempel van werkgewer

## 1. Jou inligting (lid wat afhanklike registreer)

Lidnommer

'n Afskrif van jou paspoort moet aangeheg word as jy die paspoortnommer gebruik.

ID-/paspoortnommer

Titel

Mnr

Mev

Me

Ander (spesifiseer)

Voorname

Van

Selfoonnommer\*

Alternatiewe kontaknommer



Persoonlike e-posadres\*

\*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 voltooi word nie, kan jou registrasie om afhanklike nie afgehandel word nie.

Huwelikstatus

Getroud

Ongetroud

Huweliksdatum

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

## 2. Datum waarop my afhanklikes se dekking moet begin

Niemand mag as lid van Medihelp ingeskryf word terwyl die persoon 'n lid van 'n ander mediese skema is nie. Verwys na paragraaf 11 van afdeling 6 van hierdie aansoekvorm.

## 3. Besonderhede van afhanklikes wat ek wil registreer

Jy kan die volgende afhanklikes registreer:

- Gade/lewensmaat
- Eie kinders van die aansoeker en die gade/lewensmaat
- Stiefkinders van die aansoeker en die gade/lewensmaat
- 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/lewensmaat

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

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

Let wel

- Pleegkinders en kinders in tydelike veilige bewaring mag kragtens wetgewing slegs tot die ouderdom van 26 jaar as afhanklikes geregistreer word.
- In die geval van afhanklikes wat nie Suid-Afrikaanse burgers is nie, moet 'n afskrif van hul paspoort saam met die voltooië aansoekvorm ingedien word.
- Indien jy 'n lewensmaat 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 aanseker 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"> <li>• Aangenome kinders of kinders in proses van aanneming/pleegkinders/ kinders in tydelike veilige bewaring/kinders wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms van die aanseker en die gade/ lewensmaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regsdokumente wat bevestig dat die kind aangeneem is of in proses van aanneming/in pleegsorg/tydelike veilige sorg van die aanseker geplaas is</li> <li>• Amptelike bewys van die hof, klerk van die hof of aangewese maatskaplike werker moet gelewer word ingevolge die vasgestelde kriteria wat Medihelp bepaal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kind of kleinkind</li> <li>• As die van verskil van die aanseker se van</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledige geboortesertifikaat</li> <li>• Vir kleinkinders, die volledige geboortesertifikaat of 'n verklaring wat die gesinsorg en bystand bevestig</li> </ul>

\* Hierdie inligting is verpligtend. As dit nie voltooi word nie, kan jou registrasie van afhanklike nie afgehandel word nie.

### Afhanklikes

Titel	1 _____ Voorletters _____	2 _____ Voorletters _____
Verwantskap aan aanseker	_____	_____
Van	_____	_____
Volle voorname	_____	_____
Noemnaam	_____	_____
ID-/paspoortnommer	_____	_____
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"/> <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"/>
	Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik	Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik
Selfoonnommer*	_____	_____
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 aanseker	_____	_____
Van	_____	_____
Volle voorname	_____	_____
Noemnaam	_____	_____
ID-/paspoortnommer	_____	_____
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"/> <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"/>
	Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik	Geslag <input type="checkbox"/> Manlik <input type="checkbox"/> Vroulik
Selfoonnommer*	_____	_____
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.

\*\* Indien "Ja", voltooi asseblief afdeling 5 van die mediese vraelys-gedeelte van hierdie vorm.

#### 4. My afhanklikes se vorige/huidige lidmaatskap van mediese skemas

4.1 Is hierdie aansoek genoodsaak deur 'n verandering van werk wat gelei het tot die kansellering van jou afhanklikes se vorige lidmaatskap van 'n mediese skema? (Nie van toepassing op afhanklikes wat afgetree het en geregtig is om by hul vorige/huidige mediese skema aan te bly nie.)

Ja	Nee
----	-----

Wie was die hooflid van die vorige skema?

Naam en van

4.2 Verstrek asseblief besonderhede van AL die mediese skemas waar jou afhanklikes tans ingeskryf is of voorheen ingeskryf was:

Naam van mediese skema*	Naam en van*	Lidnommer	Datum aangesluit*	Datum beëindig*

\* Hierdie inligting is verpligtend. As dit nie voltooi word nie, kan jou registrasie van afhanklike nie afgehandel word nie.

4.3 Het jou afhanklikes se vorige mediese skema enige laataansluitingsbelading toegepas?

Ja	Nee
----	-----

Indien "Ja", heg asseblief 'n lidmaatskapsertifikaat aan.

4.4 Het jou afhanklikes se vorige mediese skema enige toestandspesifieke wagtydperke toegepas (die behandeling van 'n sekere siektetoestand is vir 'n bepaalde tydperk van voordele uitgesluit) opgelê en was dit steeds aktief voor die beëindiging van lidmaatskap?

Ja	Nee
----	-----

Indien "Ja", heg asseblief 'n lidmaatskapsertifikaat aan.

#### 5. Mediese geskiedenis

Nota:

- Indien jy "Ja" antwoord op enige van die vrae in afdeling 5.1, voltooi asseblief die toepaslike mediese vraag in afdelings 5.2, 5.3 en 5.4 om aan te dui of jou afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm genoem word, 'n geskiedenis van enige mediese toestande, siektes of afwykings het. (Afwykings sluit aandoenings, toestande of siektes in.)
- Medihelp sal alle versoeke vir hospitaalopnames of goedkeuring van chroniese medisyne wat lede in die eerste jaar van hulle lidmaatskap indien, hersien voordat ons voordele goedkeur. As jy nie die aansoekvorm volledig voltooi het nie, inligting weerhou of onakkurate besonderhede verstrek het, kan ons jou lidmaatskap beëindig.

##### 5.1 Algemene mediese vraelys

1. Is enige van jou afhanklikes die afgelope 12 maande voor die indiening van hierdie aansoek in die hospitaal opgeneem en/of met 'n siekte gediagnoseer? Indien "Ja", voltooi asseblief afdeling 5.2, 5.3 en 5.4.
2. Neem enige van jou afhanklikes tans gereeld of behoort hulle gereeld en/of permanent medisyne te neem, ingesluit homeopatiese, natuurlike of oor-die-toonbank-medisyne, en/of word hulle behandel vir 'n mediese toestand of simptoom? (Neem asseblief kennis van vraag 18 en 19 in afdeling 5.2.) Indien "Ja", voltooi asseblief afdeling 5.2, 5.3 en 5.4.
3. Is enige van jou afhanklikes tans swanger, vermoed dat hulle swanger is of ondergaan enige van jou afhanklikes tans swangerskaptoetse, en/of is enige van jou afhanklikes tans in die hospitaal en/of bewus van of beplan hulle enige toets, ondersoek, behandeling en/of prosedure, en/of kry enige van jou afhanklikes mediese raad wat tot 'n eis in die volgende 12 maande kan lei? Indien "Ja", voltooi asseblief afdeling 5.2, 5.3 en 5.4.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Ja	Nee
----	-----

Ja	Nee
----	-----

##### 5.2 Volledige mediese vraelys

Let asseblief daarop dat hierdie mediese vraelys nie 'n aansoek is om chroniese medisyne/VMV-dienste/voorgenome prosedures/behandeling vir voordele te registreer of goed te keur nie. As jy goedkeuring vir chroniese medisyne wil bekom, bel Medihelp asseblief by 086 0100 678 sodra jou lidmaatskap van Medihelp geaktiveer is om 'n aansoekvorm vir voordele vir chroniese medisyne te versoek. Jy kan ook 'n aansoekvorm van Medihelp se webwerf by [www.medihelp.co.za](http://www.medihelp.co.za) aflaai deur op ons selfhelpplatform vir lede, die Member Zone, in te teken.

**1. Kanker en kankeragtige gewasse**

Kanker of gewasse van enige orgaan of vel. Voorbeelde: borskanker, prostaatkanker en longkanker. Kanker sluit ook enige bloedverwante kankers in soos limfoom, leukemie. Kanker is moontlik gediagnoseer deur abnormale toetsuitslae, byvoorbeeld abnormale mammogramuitslag, Papsmeerresultaat, prostaatspesifieke antigeenresultaat 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	

**2. Bloedtoestande**

Voorbeelde: bloedklonte, bloedingsprobleme, 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, groeiprobleme 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

**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

**9. Asemhalings- en respiratoriese toestande**

Voorbeelde: asma, bronchitis, chroniese hoes, chroniese obstruktiwiese 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

**10. Abdominale en verteringstoestande**

Voorbeelde: reflux, sooi-brand, enige breuke, hepatitis, Crohn se siekte, ulseratiewe kolitis, prikkelbare dermsindroom, sirrose, aambeie, rektale bloeding, alkoholiëselewersiekte, lewerversaking, pankreatitis, galblaastoestande, 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

**11. Velttoestande 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

**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. Rumatoïede 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

**13. Ginekologiese toestande**

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

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		

**14. Swangerskap en swangerskapsverwante toestande**

Bevestig asseblief of 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, urienweginfeksies, blaasinfeksies, nefrotiese sindroom, polistiese 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: prostaatstoestande, vergrote prostaat, spatate, 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 prostaatstoestande, 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 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	

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

**5.4 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-posadres	_____	_____

**6. 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 slegs gebruik sal word vir doeleindes soos om jou registrasie van

afhanklike te verwerk, jou mediese eise te betaal, te bepaal of jy op voordele geregtig is, risiko's te bestuur en vir enige kommunikasiedoeleindes of bemerkingsinisiatiewe 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 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 voordelegids 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, wat 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 begryp dat die Reëls van Medihelp ná goedkeuring van my aansoek om registrasie van my afhanklikes bindend op my geregistreerde afhanklikes sal wees soos wat die Reëls bindend is op my.

8. Met die ondertekening van hierdie aansoekvorm bevestig ek dat ek die reg het om vir die registrasie van my afhanklikes aansoek te doen en namens diegene vir wie ek aansoek doen, op te tree in enige aangeleentheid wat met die aansoek verband hou.
9. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om registrasie van my afhanklikes 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 goëddunke 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 afhanklikes se gesondheidstoestand nadat my aansoek om registrasie van my afhanklikes ingedien is, maar voor lidmaatskap in werking tree. Ek onderneem om Medihelp skriftelik van enige toekomstige wysigings aan my persoonlike besonderhede en/of bankbesonderhede in kennis te stel en ek begryp dat enige nienakoming hiervan kan lei tot beëindiging van my lidmaatskap in ooreenstemming met die bepalinge van die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998 en die geregistreerde Reëls van Medihelp.
10. 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 goëddunke, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en ek 'n nuwe aansoekvorm moet voltooi.
11. Ek bevestig dat my afhanklikes nie as bevoordeeldes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek hul registrasie by Medihelp versoek het nie.
12. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees soos ooreengekom met Medihelp en daarna op dieselfde dag van elke daaropvolgende kalendermaand. 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 die geboortedatum, ouderdom en verwantskap van my geregistreerde afhanklikes. Ek is voorts verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, indien van toepassing, aan Medihelp te betaal sou ek my lidmaatskap beëindig.
13. 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.
14. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van

my lidmaatskap en dat my afhanklikes nie as bevoordeeldes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl hulle steeds lede van Medihelp is nie.

#### Medihelp se regte as mediese skema

15. 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 registrasie van afhanklike afhandel sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardedokument as geen wagtydperk en/of laataansluitingsbelading opgelê is nie.
16. 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.
17. 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.
18. Medihelp mag ook die verwisseling van plan beperk tot die begin van 'n jaar en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
19. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word ná verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
20. Ek is ook bewus daarvan dat my voordele opgeskort mag word as ek versuim om die volle ledegeld 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.
21. Ek is bewus daarvan dat Medihelp se ledegeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog. Ek magtig Medihelp ook om die ledegeld aan te pas indien nodig as gevolg van 'n verandering in my lidmaatskap en om die gewysigde bedrag of enige uitstaande ledegeldbedrae van my of die derdepartybetaler/werkgewer/instansie wat ek as die gemagtigde betaler van my ledegeld aangedui het, te verhaal.

#### Beskerming van inligting

22. Ek gee hiermee toestemming en verklaar dat ek die instemming van my afhanklikes verkry het, dat:
  - 22.1 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;
  - 22.2 My afhanklikes mag navraag doen oor my of enige van my afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
  - 22.3 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;

- 22.4 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
- 22.5 Medihelp my inligting mag deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.
23. Ek neem kennis dat Medihelp voldoen aan die bepalinge van die Wet op Beskerming van Persoonlike Inligting 4 van 2013 (POPIA).
24. 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.
25. Ek gee toestemming dat Medihelp – vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van afhanklike, 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 werkgewers/ instansies mag versoek.
26. 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.
27. 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@inforegulator.org.za](mailto:POPIAComplaints@inforegulator.org.za).
28. 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 Kantoorkamp, Witch-Hazellaan 420, Eco Park, Centurion; kliëntesorgsentrum: 0861 123 267; e-pos: [complaints@medicalschemes.co.za](mailto:complaints@medicalschemes.co.za); webtuiste: [www.medicalschemes.co.za](http://www.medicalschemes.co.za).
29. 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 lid	<input type="text"/>	Datum	<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"/>
----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

'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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ID-/paspoortnommer	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Voorname	<input type="text"/>						Van	<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"/>	
Alternatiewe nommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 registrasie van afhanklike afhandel nie.

Verwantskap aan afhanklike

## 7. 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adviseur se naam en van	<input type="text"/>		Adviseurskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>		Kontaknommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Handtekening van adviseur	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wenkverwysingsnommer	<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"/>