


medihelp

mediese skema

Registrasie van my pasgebore baba

Navrae: 086 0100 678

Faks: 012 336 9534 E-pos: newbusiness@medihelp.co.za

Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007

www.medihelp.co.za

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

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

Kantoorstempel van werkgewer

--

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

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

1. Besonderhede van lid

Lidnommer	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voorname	<input type="text"/>								
Van	<input type="text"/>								
Selnommer	<input type="text"/>	Tel No. (W)	<input type="text"/>	Kode	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>		
		Tel No. (H)	<input type="text"/>	Kode	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>		
E-posadres	<input type="text"/>								

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

2	0	j	j	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

3. Besonderhede van pasgebore baba(s)

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

Afhanklike 1

Van	<input type="text"/>		
Volle voorname	<input type="text"/>		
Noemnaam	<input type="text"/>		
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwantskap met die hoofaansoeker (kies een deur met 'n X te merk)			
Kinderafhanklike	<input type="checkbox"/> Eie kind	<input type="checkbox"/> Kind wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms	Ander afhanklike <input type="checkbox"/> Kleinkind
Indien u 'n kleinkind as afhanklike wil registreer, is die afhanklike:			
Finansieel afhanklik van u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Woonagtig by u? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Afhanklike 2

Van	<input type="text"/>		
Volle voorname	<input type="text"/>		
Noemnaam	<input type="text"/>		
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwantskap met die hoofaansoeker (kies een deur met 'n X te merk)			
Kinderafhanklike	<input type="checkbox"/> Eie kind	<input type="checkbox"/> Kind wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms	Ander afhanklike <input type="checkbox"/> Kleinkind
Indien u 'n kleinkind as afhanklike wil registreer, is die afhanklike:			
Finansieel afhanklik van u?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	Woonagtig by u? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

4. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur lid en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk (vervolg)

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 goeddunke, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en daar van my verwag sal word om 'n nuwe aansoekvorm te voltooi.
11. Ek bevestig dat my afhanklike(s) nie as bevoordeelde(s) van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek hulle registrasie by Medihelp versoek het nie.
12. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees soos met Medihelp ooreengekom, en daarna op dieselfde dag van elke daaropvolgende kalendermaand. Indien my werkgewer/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 belastingertifikaatinligting, asook my geregistreerde afhanklike(s) se geboortedatum, ouderdom en verwantskap. Ek is voorts verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, aan Medihelp te betaal sou ek my lidmaatskap beëindig.
13. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat my afhanklike(s) nie as bevoordeelde(s) van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl hulle steeds lid van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema:

14. Ek is bewus daarvan dat Medihelp die voordele wat toegestaan word en die bedrae/tariewe wat ten opsigte van spesifieke dienste betaal word, mag beperk deur onder andere bybetalings en uitsluitings toe te pas.
15. Die Reëls van Medihelp mag voorsiening maak vir verskillende intervensies wat ontwikkel is om kostedoeltreffendheid en toepaslikheid van dienste te verseker, soos voorafgoedkeuring en die gebruikmaking van aangewese diensverskaffers.
16. Medihelp mag voorts die verwisseling van voordele-opsie beperk tot die begin van 'n jaar, en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
17. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word na verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
18. Ek is voorts bewus daarvan dat my voordele opgeskort mag word indien ek versuim om die volle ledegeld of skuld te betaal, dat my lidmaatskap beëindig mag word indien enige bedrag 30 dae na die opskortingsdatum steeds agterstallig is, en dat my rekening oorhandig sal word vir invordering.
19. Ek is bewus daarvan dat Medihelp se ledegeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog.

Beskerming van inligting:

20. Ek gee hiermee toestemming dat –
- 20.1 Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my afhanklike(s) se gesondheid, en ek gee toestemming aan die dokter of die betrokke persoon om sodanige inligting aan Medihelp en sy gekontrakteerde derde partye beskikbaar te stel vir die administrasie van my gesondheidsplan;
- 20.2 my afhanklike(s) mag navraag doen oor my of enige van my afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
- 20.3 'n adviseur in diens van 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis, sou ek sodanige aanstelling maak en hul dienste gebruik, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik en dat sodanige adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis Medihelp mag opdrag gee om enige van my persoonlike inligting, uitgesluit my bankbesonderhede, te wysig, met die doel om gepaste administrasie en onderskrywing toe te pas;
- 20.4 Medihelp my en my afhanklike(s) se mediese en persoonlike inligting aan mediese diensverskaffers bekend mag maak met die doel om mediese dienste aan my en my afhanklike(s) te lewer en sodanige dienste te betaal; en
- 20.5 Medihelp mag my inligting deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.
21. Ek begryp dat die inligting bedoel in paragraaf 20 slegs gebruik sal word vir die doeleindes soos uiteengesit in Medihelp se vertroulikheidsverklaring (op hierdie aansoekvorm) en dat enige afwykings as skending van vertroulikheid geag sal word. Indien Medihelp die inligting vir ander doeleindes wil gebruik, moet Medihelp vooraf my goedkeuring daarvoor verkry.
22. Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklike(s) met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word vir gehaltebeheerdoeleindes asook om bedrog te help bespeur en voorkom.
23. Ek gee toestemming dat Medihelp, vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van my afhanklike(s) of die toepassing van onderskrywing of risiko-ontledings of die oorweging van 'n eis vir mediese uitgawes, inligting oor my en my afhanklike(s) van mediese praktisyne, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers mag versoek.

4. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur lid en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk (vervolg)

24. Ek gee voorts toestemming, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklike(s) verkry het, dat Medihelp enige inligting oor my/my afhanklike(s) se verbruikerskredietrekord aan enige kredietburo of vereniging in die kredietvoorsieningsbedryf mag voorsien, insluitend, en nie daartoe beperk nie, inligting oor my/my afhanklike(s) se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.

Handtekening van lid		Datum	2	0	j	j	m	m	d	d
----------------------	--	-------	---	---	---	---	---	---	---	---

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

In u hoedanigheid as	Lid	Voog	Kurator	
ID-/paspoortnommer	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Titel	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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

Voorname		Van	
Tel No.	Kode _____ No. _____	Faks No.	Kode _____ No. _____
Selnommer			

5. Onderneming en verklaring deur adviseur

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

Ek verklaar dat –

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

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

Naam van makelaarshuis										
Kode van makelaarshuis	A					Adviseurskode				
Adviseur se naam en van										
Tel No.	Kode _____	No. _____	Faks No.	Kode _____	No. _____					
E-posadres										

Handtekening van adviseur		Datum	2	0	j	j	m	m	d	d
---------------------------	--	-------	---	---	---	---	---	---	---	---

Wenkverwysingsnommer	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Slegs vir kantoorgebruik	<input style="width: 100%;" type="text"/>
----------------------	---	--------------------------	---

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