

Registrasie van my afhanklikes

Navrae: 086 0100 678

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

Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007

www.medihelp.co.za

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

- Ons beveel aan dat u die Member Zone by <https://toolbox.medihelp.co.za/login> gebruik. U kan ook die voltooibare PDF-vorm gebruik en u handtekening elektronies byvoeg voordat u die vorm na ons e-pos, maar indien u verkies om 'n gedrukte vorm te voltooi, moet u asseblief die vorm in drukskrif in swart inkt voltooi en al die bladsye van die vorm na Medihelp e-pos, faks of pos.
- Voltooi asseblief al die afdelings volledig en teken die aansoekvorm. Onvolledige inligting kan die aansoekproses vertraag.
- Moet nooit 'n onvoltooide aansoekvorm onderteken nie.

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

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

Kantoorstempel van werkgewer

--

Die stappe wat volg nadat ons u aansoek ontvang het:

- Ons sal u kontak indien enige besonderhede op die vorm ontbreek of indien ons enige bykomende inligting benodig om u afhanklikes se lidmaatskapvoorwaardes te bepaal.
- Indien ons lidmaatskap onder die standaardterme aan u afhanklikes bied, sal ons hulle lidmaatskap aktiveer sonder om inskrywingvoorwaardes uit te reik.
- Indien ons lidmaatskap onder niestandaardterme (wagtydperke en/of laataansluitingsbeladings) aan u afhanklikes bied, sal ons u en/of u adviseur per brief in kennis stel en die voorwaardes uiteensit wat van toepassing sal wees. Indien u hierdie voorwaardes aanvaar, moet u die brief teken en aan ons terugbesorg, waarna ons u afhanklikes se lidmaatskap sal aktiveer.
- Ons sal u per brief, SMS of e-pos in kennis stel sodra u aansoek afgehandel is.

1. U inligting (lid wat afhanklike registreer)

Lidnommer

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

 Voorletters _____ Titel

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

Voorname _____

Van _____

Selnommer _____ Tel No. (W) Kode _____ No. _____

Tel No. (H) Kode _____ No. _____

E-posadres _____

Ons sal hierdie e-posadres gebruik om u op hoogte te hou van belangrike inligting op u reis na goeie gesondheid.

Huwelikstatus	Getroud binne gemeenskap van goedere	Getroud buite gemeenskap van goedere	Enkel	Geskei	Weduwee	Wewenaar	Ander (spesifiseer)
---------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------	--------	---------	----------	---------------------

Huweliksdatum

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

Dui asseblief u ras aan slegs indien u so verkies (die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad vir Mediese Skemas ingesamel):

 Swart
 Kleurling
 Indiër/Asiaties
 Wit
 Ander

2. Op watter datum moet u afhanklikes se dekking begin?

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

3. U afhanklikes wat u wil registreer

U mag die volgende afhanklikes registreer:

- Gade/gesel.
- Vader/moeder/broers/susters/kleinkinders van die lid en vir wie die lid finansiële sorg (**LET WEL:** hierdie afhanklikes van die gesel/gade kan nie as afhanklikes van die lid geregistreer word nie, en kleinkinders van die lid betaal dieselfde ledegeld soos vir volwasse afhanklikes, tensy wetlik aangeneem).
- Afhanklike eie kinders (van die lid en die gade/gesel).
- Afhanklike stiefkinders (van die lid en die gade/gesel).
- Aangenome kinders/pleegkinders/kinders in tydelike veilige bewaring/kinders wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms (van die lid en die gade/gesel). Amptelike bewys van die Hof/klerk van die Hof/aangewese maatskaplike werker moet gelewer word ingevolge die vasgestelde kriteria wat deur Medihelp bepaal word – pleegkinders en kinders in tydelike veilige bewaring mag volgens wetgewing slegs tot die ouderdom van 21 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.

Gade/gesel

Van _____ Titel

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

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

Manlik	Vroulik
--------	---------

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met die lid (kies een deur met 'n X te merk) Gade Gesel

Dui asseblief u afhanklike se ras aan slegs indien u so verkies (die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad vir Mediese Skemas ingesamel):

Swart Kleurling Indiër/Asiaties Wit Ander

Afhanklike 2

Van _____ Titel

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

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

Manlik	Vroulik
--------	---------

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met die lid (kies een deur met 'n X te merk)

Kinderafhanklike Eie kind Kind in tydelike bewaring **Ander afhanklike** Kleinkind Broer
 Aangenome kind Kind wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms Moeder Suster
 Pleegkind Stiefkind Vader

Indien u 'n afhanklike anders as 'n kinderafhanklike wil registreer of indien die afhanklike 21 jaar en ouer is, is die afhanklike:

Getroud?

Ja	Nee
----	-----

Finansiële afhanklik van u?

Ja	Nee
----	-----

Verdien die afhanklike 'n inkomste?

Ja	Nee
----	-----

Indien wel, hoeveel verdien die afhanklike per maand? R

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

Dui asseblief u afhanklike se ras aan slegs indien u so verkies (die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad vir Mediese Skemas ingesamel):

Swart Kleurling Indiër/Asiaties Wit Ander

3. U afhanklikes wat u wil registreer (vervolg)**Afhanklike 3**

Van _____ Titel

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

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

Manlik	Vroulik
--------	---------

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met die lid (kies een deur met 'n X te merk)

Kinderafhanklike Eie kind Kind in tydelike bewaring Aangenome kind Pleegkind Kind wat gebore is ingevolge 'n surrogaatmoederskapsooreenkoms Stiefkind

Ander afhanklike Kleinkind Moeder Vader Broer Suster

Indien u 'n afhanklike anders as 'n kinderafhanklike wil registreer of indien die afhanklike 21 jaar en ouer is, is die afhanklike:

Getroud?

Ja	Nee
----	-----

 Finansiële afhanklik van u?

Ja	Nee
----	-----

Verdien die afhanklike 'n inkomste?

Ja	Nee
----	-----

 Indien wel, hoeveel verdien die afhanklike per maand? R

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

Dui asseblief u afhanklike se ras aan slegs indien u so verkies (die inligting word vir nasionale statistiekdoeleindes deur die Raad vir Mediese Skemas ingesamel):

Swart Kleurling Indiër/Asiaties Wit Ander

4. Bruto maandelikse inkomste - slegs Necesses

Bruto maandelikse inkomste van lid

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

 Beroep van lid _____

Bruto maandelikse inkomste van gade/gesel

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

 Beroep van gade/gesel _____

Vir doeleindes van die Necesses-plan beteken "maandelikse inkomste" die bruto maandelikse inkomste voor enige aftrekkings.

U hoef slegs bewys van inkomste te verskaf indien u en u geregistreerde gade/gesel se maandelikse inkomste beide minder as die hoogste inkomstekategoriebeloop, aangesien Medihelp die hoogste van die verklaarde inkomstes sal gebruik om u ledegeldkategorie te bepaal.**Aanvaarbare bewys van inkomste****Belangrik:**

- Indien geen aanvaarbare bewys van inkomste verskaf word nie, sal u ledegeld volgens die hoogste inkomstekategorie bereken word.
- Medihelp kan addisionele bewyse versoek as wat hier genoem word.
- Slegs amptelike bankstate waarop die rekeninghouer se voorletters en van voorkom, is aanvaarbaar. Dui asseblief duidelik op die bankstate aan watter betalings (deposito's/transaksies) na u inkomste verwys.

Beleggingsinkomste: Hierdie inkomste moet deur alle individue verklaar word, indien van toepassing, en sluit in inkomste uit rente, dividende en huurinkomste. <ul style="list-style-type: none"> • Brief van ouditeur/rekenmeester/belastingadviseur • Laaste belastingaanslag – ITA34 • IT3(a) plus afgelope drie maande se bankstate • Huurinkomste – huurooreenkoms en afgelope drie maande se bankstate 	Inkomste uit voltydse betrekking: Bruto maandelikse inkomste sluit alle vorme van vergoeding in, soos basiese salaris, oortyd, kommissie, bonusse, toelaes, byvoordele en eenmalige betalings. <ul style="list-style-type: none"> • Afgelope drie maande se amptelike salarisstrokies • Laaste belastingaanslag – ITA34 • IRP5 van die vorige belastingjaar • Afgelope drie maande se kommissie- en bankstate waarop kommissie-inbetalings aangedui word • 'n Amptelike aanstellingsbrief van 'n werkgewer wat nie ouer as drie maande is nie, wat die lid se bruto maandelikse inkomste aandui
Pensioenarisse: (Pensioene, annuïteite) <ul style="list-style-type: none"> • Laaste belastingaanslag – ITA34 • Afgelope drie maande se pensioenbetalingsadvise. Indien u minder as drie maande se bewyse het, verskaf asseblief ook die afgelope drie maande se bankstate 	Eie onderneming: (Inkomste uit beroep/professie, totale inkomste uit onderneming, ongereelde inkomste) <ul style="list-style-type: none"> • Laaste belastingaanslag – ITA34 • Brief van ouditeur/rekenmeester/belastingadviseur • Afgelope drie maande se kommissie- en bankstate
Werkloos: Individue wat geen inkomste uit 'n beroep/professie/onderneming verdien nie, werkloos is, of 'n toelaag ontvang. <ul style="list-style-type: none"> • WVF-betalings • Afgelope drie maande se bankstate 	Werkgewersgroepe: <ul style="list-style-type: none"> • Enige van die bewyse van toepassing op individue, soos hierbo genoem
Voltydse studente: <ul style="list-style-type: none"> • 'n Kennisgewing of brief ter bevestiging, op die amptelike briefhoof van die instelling waar u as voltydse student geregistreer is • Nuwe studente wat die eerste keer registreer: 'n Amptelike brief van aanvaarding vir die spesifieke studiejaar Voltydse studente wat 26 jaar of ouer is of wat afhanklikes het: <ul style="list-style-type: none"> • Bewys van studies asook die afgelope drie maande se bankstate 	Inkomste uit trusts: <ul style="list-style-type: none"> • Laaste belastingaanslag – ITA 34 • Die afgelope drie maande se bankstate wat trust inbetalings aandui

5. U afhanklikes se vorige/huidige lidmaatskap van mediese skemas

- 5.1 Is hierdie aansoek genoodsaak deur 'n verandering van werk wat aanleiding gegee het tot die kansellasie van u afhanklikes se vorige lidmaatskap van 'n mediese skema? (Nie van toepassing op afhanklikes wat afgetree het en geregtig is om by hulle vorige/huidige mediese skema aan te bly nie.)

 Ja Nee

Wie was die hooflid van die vorige skema? _____

Naam en van _____

- 5.2 Verskaf asseblief besonderhede van AL die mediese skemas waar u afhanklikes tans ingeskryf is en voorheen ingeskryf was:

- LW:
- Die datum aangesluit en datum beëindig is belangrik om u afhanklikes in die korrekte inskrywingskategorie te plaas.
 - Meld "tans/huidig" indien u afhanklikes se lidmaatskap van die bestaande skema steeds aktief is.
 - Maak seker dat die datums van u afhanklikes se lidmaatskap by die betrokke skemas nie oorvleuel nie.
 - Inligting aangaande vorige en huidige lidmaatskap moet **afsonderlik** vir u afhanklikes gemeld word.
 - Die Wet op Mediese Skemas bepaal dat 'n laataansluitingsbelading (LAB) toegepas mag word op 'n applikant wat 35 jaar of ouer is tydens aansluiting by 'n skema en nie voorheen dekking by 'n mediese fonds geniet het nie. Die belading, wat by die lid se maandelikse bydrae gevoeg word, word bereken as 'n persentasie van die lid se bydrae op grond van die totale aantal jare sonder aanvaarbare dekking sedert die ouderdom van 35 soos hieronder aangedui:

LAB-intervalle en -persentasies

1 – 4 jaar	5%
5 – 14 jaar	25%
15 – 24 jaar	50%
25 jaar +	75%

van die bevooroordeelde se bydrae
(spaarbydrae uitgesluit)

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

* Hierdie inligting is verpligtend. Indien dit nie voltooi word nie, kan u aansoek om die registrasie van u afhanklikes nie afgehandel word nie.

- 5.3 Het u afhanklikes se vorige mediese skema enige laataansluitingsbelading toegepas?

 Ja Nee

Indien "Ja", verskaf asseblief die volgende besonderhede:

Naam van afhanklikes	Laataansluitingsbelading			
	5%	25%	50%	75%

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

 Ja Nee

Indien "Ja", verskaf asseblief die volgende besonderhede:

Naam van afhanklikes	Toestandspesifieke wagtydperk (TSW)	Datum waarop TSW verstryk							
		j	j	j	j	m	m	d	d

Nota: Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

6. Mediese geskiedenis

- Verseker asseblief dat u **afdeling 5** van hierdie aansoekvorm volledig voltooi het.
- Voltooi **afdeling 6.1** slegs indien **alle** afhanklikes genoem in die aansoekvorm vir langer as 24 maande aaneenlopend lid van 'n geregistreerde Suid-Afrikaanse mediese skema was, met 'n onderbreking tussen mediese skemas van minder as 90 dae.
- Voltooi **afdeling 6.2** volledig indien **enige** van u afhanklikes genoem in die aansoekvorm nie lid van 'n geregistreerde Suid-Afrikaanse mediese fonds vir langer as 24 maande aaneenlopend was nie of die onderbreking in lidmaatskap 90 dae oorskry.

NB: Medihelp sal alle versoeke vir hospitaalopnames of goedkeuring van chroniese medisyne wat afhanklikes in die eerste jaar van hulle lidmaatskap rig, hersien voordat ons voordele goedkeur. Indien ons vind dat u nie die aansoekvorm volledig voltooi het nie, inligting weerhou het of onakkurate besonderhede verstrek het, sal ons u afhanklikes se lidmaatskap beëindig.

Dokters wat in die afgelope 12 maande besoek is

Indien u gesin die afgelope 12 maande 'n dokter besoek het, voorsien asseblief die besonderhede aan ons:

Naam en van	_____	Hoe lank is hy/sy reeds u dokter (in jare)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel No. (W)	_____			
Naam en van	_____	Hoe lank is hy/sy reeds u dokter (in jare)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel No. (W)	_____			
Naam en van	_____	Hoe lank is hy/sy reeds u dokter (in jare)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel No. (W)	_____			

6.1 Afhanklikes wat van 'n ander mediese skema na Medihelp skuif

1. Is enige van u afhanklikes die afgelope 12 maande voor die indiening van hierdie aansoek in die hospitaal opgeneem? Ja Nee
2. Neem enige van u afhanklikes tans gereeld of aaneenlopend medisyne en/of ontvang u afhanklikes behandeling vir 'n mediese toestand of simptom? Ja Nee
3. Beplan of verwag enige van u afhanklikes genoem in die aansoekvorm om binne die volgende 12 maande in 'n hospitaal opgeneem te word (insluitend vir 'n swangerskap), mediese of chirurgiese behandeling te ontvang en/of ondersoek te ondergaan? Ja Nee

6.2 Mediese vraelys

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

1. Kanker, tumors en abnormale gewasse

Kanker van enige orgaan, kankeragtige tumors, niekankeragtige tumors, bloedverwante kankersoorte, limfoom, leukemie, velletsels, borssiektes, fibrosistiese borssiekte, fibroadenoom, fibroadenose, knop in die bors, abnormale mammogramuitslag, abnormale Papsmeeruitslag, abnormale PSA-uitslag (prostaatspesifieke antigeen), enige ander abnormale kankersiftings- of diagnostiese toetsuitslag.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

2. Bloedtoestande

Diepvenatrombose, pulmonêre embolisme, bloedklonte, anemie, ITP en bloedplaatjiegerek, polycythaemia vera, hemofilie, bloedstollingsiekte, leukemie, limfoom, enige ander bloedingsiektes.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6.2 Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

3. Metaboliese en endokriene toestande

Diabetes, skildkliersiektes, Addison se siekte, Cushing se sindroom, vetsug, metaboliese sindroom, paratiroïedsiekte, Paget se siekte, osteoporose, osteopenie, groeigebrek, Conn se sindroom, enige ander metaboliese of endokriene toestand.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

4. Geestesgesondheid

Depressie, bipolêre steuring, angssteuring, posttraumatische stressteuring, obsessief-kompulsiewe steuring, skisofrenie, persoonlikheidssteurings, insomnie, slaapsteurings (bv. narkolepsie), eetsteurings, Alzheimersiekte, demensie, outisme, aandaggebrek-hiperaktiwiteitsteuring, dwelm- of alkoholafhanklikheid of -misbruik, rehabilitasie vir dwelm- of alkoholafhanklikheid of -misbruik, selfdoodpogings, berading, enige ander psigologiese toestand.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

5. Brein- en senutoestande

Beroerte, breinbloeding, epilepsie, veelvuldige sklerose, motorneuronsiekte, myastenie gravis, Parkinson se siekte, Guillain-Barré-sindroom, migraine, chroniese hoofpyn, serebrale verlamming, hemiplegie, paraplegie, kwadriplegie, rugmurgbesering, hidrosefalus, ventrikuloperitoneale (VP-) omleiding, intellekgestremdheid, enige ander brein- of senutoestand.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6. Oog- en ooglidtoestande

Katarakte, keratokonus, korneale abses, uveïtis, gloukoom, skeelheid, ptose, retinaloslating, retinopatie, makulêre degenerasie, retinale arterie-afsluiting, kornea-oorplanting, oogchirurgie, dowwe visie, brille, gedeeltelike of totale blindheid, enige ander oog- of ooglidtoestand.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6.2 Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

7. Oor-, neus- en keeltoestande

Chroniese otitis media, chroniese otitis externa, chroniese oorinfeksie, doofheid, gehoorprobleme, gehoortoestel, kogleëre inplanting, chroniese tonsillitis, chroniese adenoïditis, duiseligheid, vertigo, tinnitus, sinusprobleme, nasale chirurgie, tandheekkunde- of ortodontiese behandeling, tandheekkunde-chirurgie, enige ander oor-, neus- of keeltoestand.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

8. Hart- en sirkulasietoestande

Hoë bloeddruk (hipertensie), hoë cholesterol, angina, borspyn, koronêre hartsiekte, hartaanval, stents, koronêre arterie omleidingchirurgie, palpitasies, aritmie, kortasemigheid, hartversaking, kardiomiopatie, valvulêre hartsiekte, hartklepvervangings, kongenitale hartsiekte, rumatiekkoors, vorige hartchirurgie, pasaangeër, aneurisme, arteriële siekte, chroniese veneuse ontoereikendheid, spatare, enige ander toestand wat die hart of bloedvate aantast.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

9. Asemhalings- en respiratoriese toestande

Asma, brongitis, chroniese obstruktiwepulmonêre siekte, emfiseem, brongiëktase, tuberkulose, sistiese fibrose, sarkoïdise, longontsteking, pulmonêre embolisme, enige ander asemhalings- of respiratoriese toestand.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

10. Abdominale en verteringstoestande

Hepatitis, sirrose, portale hipertensie, alkoholiese lewersiekte, lewersversaking, hemochromatose, pankreatitis, sistiese fibrose, galblaastoestande, galstene, refluks, sooi-brand, hiatusbreuk, esofageale siekte, atrofiese gastritis, ulkuse, abdominale breuk, inguinale breuk, wanabsorpsie, Crohn se siekte, ulseratiewe kolitis, divertikulitis, enige ander abdominale of verteringsiekte.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6.2 Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

11. Veltoestande

Chroniese wonde, ekseem, psoriase, aknee, sonvlekke, velkanker, melanoom, enige ander toestand wat die vel affekteer.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

12. Rug-, been- en spiertoestande

Artritis, rumatoïede artritis, osteoartritis, ankiloserende spondylitis, lupus, jig, heupprobleme, klompvoet, knokkels, rugpyn, nekpyn, Sjögren se sindroom, skleroderma, polimiositis, dermatomiositis, poliarteritis nodosa, fibromialgie, degeneratiewe diskussiekte, skoliose, kifose, spinale stenose, frakture, fisiese gestremdheid, protese, amputasie, enige ander toestand wat die rug, bene of spiere affekteer.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

13. Ginekologiese en verloskundige toestande

Abnormale Papsmeeruitslag, abnormale menstruele bloeding, endometriose, polistiese ovariële sindroom, onvrugbaarheid, ovariële siste, ektopiese swangerskap, miskraam, ongereelde menstruasie, enige ander ginekologiese of obstetriese toestand.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

14. Swangerskap

Is enige van u afhanklikes swanger of word swangerskaptoetse gedoen?

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer enige komplikasies waarvan u bewus is, indien toepaslik	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6.2 Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

15. Nier- en urinêre toestande

Nier- of renale versaking, akute of chroniese nierdialise, nierstene, glomerulonefritis, nefrotiese sindroom, polisie siekte, urinêre inkontinensie, urienweginfeksies, blaasinfeksies, enige ander nier- of blaasprobleme.

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

16. Urinêre en geslagstoestande by mans

Prostaatsiektes, vergrote prostaat, chroniese infeksie, urogenitale defekte, varikoseel, gewasse, onafgedaalde testes, fimose, urinêre inkontinensie, urienretensie, enige ander urinêre of geslagstoestande by mans.

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

17. Chroniese siektes

Neem enige van u afhanklikes tans chroniese medisyne op 'n gereelde, onafgebroke basis en/of word hulle behandel vir 'n mediese toestand of simptome wat nie in die mediese vraelys genoem is nie?

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

18. MIV/vigs

Is enige van u afhanklikes wat gemeld word op hierdie aansoekvorm MIV-positief of gediagnoseer met vigs?*

Ja	Nee
----	-----

Neem kennis dat indien geen keuse gemaak word nie, sal Medihelp u antwoord as "Nee" beskou.

*Indien u afhanklikes verkies om nie hulle MIV-status op hierdie aansoekvorm te meld nie, sal dit u verantwoordelikheid bly om die Skema in kennis te stel en op Medihelp se MIV-/vigsprogram te registreer binne 21 dae vanaf die inskrywingsdatum deur LifeSense by 0860 50 60 80 te skakel. Dit is belangrik om hierdie inligting te verklaar om die moontlike beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap te verhoed. Sodra ons u aansoek ontvang om vir die MIV-/vigsprogram te registreer, sal ons bepaal of onderskrywingsvoorwaardes toegepas moet word en indien wel, sal u 'n gewysigde Bewys van lidmaatskap-dokument ontvang.

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

6.2 Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien u "Ja" antwoord op enige vraag, verstrek asseblief volledige besonderhede, aangesien alle aansoeke om voorafgoedkeuring eers hersien sal word en dit kan tot die beëindiging van u afhanklikes se lidmaatskap lei.
- Neem asseblief kennis dat die toestande wat hieronder gelys is, slegs voorbeelde is en nie 'n volledige lys van alle moontlike toestande, simptome of afwykings is nie.
- Indien die beskikbare ruimte onvoldoende is, moet u die inligting asseblief op 'n aparte bladsy verskaf.

NB: Voltooi asseblief die volgende vraelys om aan te dui of u afhanklikes wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in).

19. Beplande behandeling

Word enige ondersoek, behandeling en/of prosedures in die volgende 12 maande vir u afhanklikes beplan?

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

20. Enige ander toestande wat nie gemeld is nie

Is enige persoon wat op hierdie aansoekvorm aangedui word ondersoek (bv. mediese toetse, X-strale, skanderings), gediagnoseer en/of behandel (met/sonder prosedures) vir enige toestand of afwyking wat nie op hierdie vraelys genoem is nie (insluitend medisyne/vitamiene wat sonder voorskrif gekoop is)?

Ja	Nee
----	-----

Naam van pasiënt	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en die naam van die medikasie gebruik vir die afgelope 12 maande

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. Indien u goedkeuring vir chroniese medisyne wil bekom, skakel Medihelp asseblief by 086 0100 678 sodra u lidmaatskap van Medihelp gefinaliseer is om 'n aansoek om voordele vir chroniese medisyne te versoek. U kan ook 'n aansoekvorm van Medihelp se webtuiste by www.medihelp.co.za aflaai deur op die beveiligde webblad vir lede, die Member Zone, in te teken.

7. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur aansoeker en toestemming dat Medihelp persoonlike inligting mag verwerk**Medihelp bevestig dat:**

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

U verantwoordelikhede as 'n lid van Medihelp:

6. 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, en ek sal my voordelegids bestudeer en sorg dat ek vertrou is met die dekking wat deur my gekose plan gebied word.
7. Ek onderneem om die Reëls na te kom, soos van tyd tot tyd gewysig, wat by www.medihelp.co.za op die beveiligde webtuiste vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike dade te pleeg nie. Ek begryp dat die Reëls van Medihelp na 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 ondertekening van hierdie aansoek bevestig ek dat ek die reg het om aansoek te doen om die registrasie van my afhanklikes en om op te tree namens dienege waarvoor ek aansoek doen, in verband met enige aangeleentheid wat verband hou met hierdie aansoek.

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

9. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om registrasie van my afhanklikes verskaf is, akkuraat en volledig is. Ek begryp dat enige vals verklaring of weglating van inligting aanleiding kan gee tot die beëindiging van my of my geregistreerde 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 en Medihelp se geregistreerde Reëls.**
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 hulle 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. 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 belastingsertifikaatinligting, 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, 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 afhanklikes nie as bevoordeeldes 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 '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 geregistreerde afhanklikes se lidmaatskap opgelê mag word. Medihelp mag my afhanklikes se lidmaatskap finaliseer sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardesdokument indien geen wagtydperk en/of laataansluitingsbelading opgelê is nie.
15. Ek is voorts 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.
16. 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.
17. Medihelp mag voorts die verwisseling van plan beperk tot die begin van 'n jaar, en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
18. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word na verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
19. 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.
20. Ek is bewus daarvan dat Medihelp se ledegeld jaarliks aan die begin van elke jaar mag verhoog.

Beskerming van inligting:

21. Ek gee hiermee toestemming, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklikes verkry het, dat –
 - 21.1 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;
 - 21.2 my afhanklikes mag navraag doen oor my of enige van my afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
 - 21.3 'n adviseur in diens van 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis, sou ek sodanige aanstelling maak en hul dienste gebruik, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik. Sodanige adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis mag opdrag aan Medihelp gee om enige van my persoonlike inligting, uitgesluit my bankbesonderhede, te wysig, met die doel om gepaste administrasie en onderskrywing toe te pas;
 - 21.4 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
 - 21.5 Medihelp mag my inligting deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.
22. Ek begryp dat die inligting bedoel in paragraaf 21 slegs gebruik sal word vir die doeleindes soos uiteengesit in Medihelp se vertroulikheidsverklaring (op hierdie aansoekvorm) en dat enige afwykings as skending van vertroulikheid geag sal word. Indien Medihelp die inligting vir ander doeleindes wil gebruik, moet Medihelp vooraf my goedkeuring daarvoor verkry.
23. Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklikes met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word vir kwaliteitsbeheer doeleindes en om bedrog te help bespeur en voorkom.
24. Ek gee toestemming dat Medihelp, vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van my afhanklikes 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 praktisyns, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers/instansies mag versoek.

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

25. Ek gee voorts 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, insluitend, maar nie beperk nie tot, inligting oor my/my afhanklikes 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				
Titel	Mnr	Mev	Me	Ander (spesifiseer)

'n Afskrif van u ID/paspoort, 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			

8. 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 –

- die lid my as sy/haar adviseur aangestel het en daarop geregtig is om my dienste te eniger tyd te beëindig;
- ek 'n geldige kontrak met my Medihelp-gekontraakteerde makelaarshuis geteken het; en
- 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		Slegs vir kantoor gebruik	M	H	
----------------------	--	---------------------------	---	---	--

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