


**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

## 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. Lees die lidmaatskapvoorwaardes in afdeling 4 en maak seker dat u dit verstaan voordat u die vorm teken. Onvolledige inligting kan die aansoekproses vertraag.
- Moet nooit 'n onvoltooide aansoekvorm onderteken nie.
- E-pos die voltooide en getekende vorm na newbusiness@medihelp.co.za of faks die vorm na 012 336 9534.

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

Kantoorstempel van werkgewer

## 1. Besonderhede van hooflid

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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Tel No. (H)	<input type="text"/>	Kode	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>								

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

Huwelikstatus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Getroud binne gemeenskap van goedere	Getroud buite gemeenskap van goedere	Enkel	Geskei	Weduwee	Wewenaar	Ander (spesifiseer)	

 Huweliksdatum 

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. Wanneer moet u pasgebore baba se dekking begin?

## 3. U pasgebore baba se inligting

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"/>		
Verwantskap met die lid (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="text"/>	Woonagtig by u?	<input type="text"/>

**NB: U kleinkinders sal die ledgeld vir volwasse afhanklikes betaal, tensy wetlik aangeneem.**

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. Lidmaatskapvoorwaardes, verklaring deur lid 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 pasgebore baba 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 diens 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/afhanklike 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](http://www.medihelp.co.za) op die beveiligde webblad vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike daade te pleeg nie. Ek begryp dat die Reëls van Medihelp na goedkeuring van my aansoek om registrasie van my pasgebore baba 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 pasgebore baba en om op te tree namens diegene waarvoor ek aansoek doen, in verband met enige aangeleentheid wat verband hou met hierdie aansoek.
9. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om registrasie van my pasgebore baba 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 goeddunke 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 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 bepalings 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 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 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 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 belastingsertifikaatinligting, asook my geregistreerde afhanklikes 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 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 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 plan 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 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;
- 20.2 my afhanklikes mag navraag doen oor my of enige van my afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waarvoor 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 afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waarvoor 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 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
- 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.

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

22. 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.
23. 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 mag versoek.
24. 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, en nie daartoe beperk nie, inligting oor my/my afhanklikes se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.

Handtekening van lid	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	Voog	<input type="text"/>	Kurator	<input type="text"/>	
ID-/paspoortnommer	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	Van	<input type="text"/>
Tel No.	Kode <input type="text"/>	No. <input type="text"/>	Faks No. Kode <input type="text"/> No. <input type="text"/>
Selnommer	<input type="text"/>		

#### 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 –

- 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-gekontrakteerde 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	<input type="text"/>		
Kode van makelaarshuis	A	<input type="text"/>	Adviseurskode <input type="text"/>
Adviseur se naam en van	<input type="text"/>		
Tel No.	Kode <input type="text"/>	No. <input type="text"/>	Faks No. Kode <input type="text"/> No. <input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>		

Handtekening van adviseur	<input type="text"/>	Datum	2	0	j	j	m	m	d	d
---------------------------	----------------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---

Wenkverwysingsnommer	<input type="text"/>	Slegs vir kantoorgebruik	M	H	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	--------------------------	---	---	----------------------

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