

toestemming vir derdepartytoegang tot navrae, dokumente-aanvraag en inligtingwysiging

Navrae: 086 0100 678
 Faks: 012 336 9532
 E-pos: membership@medihelp.co.za
 Posadres: Posbus 26004 ARCADIA 0007
 Webtuiste: www.medihelp.co.za

Lid se voorletters en van	<input type="text"/>
Lidnommer	<input type="text"/>
Identiteitsnommer van lid	<input type="text"/>
Telefoonnommer	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>

Ek, die lid, gee hiermee toestemming, en verklaar dat ek die toestemming van al my afhanklikes verkry het, dat die volgende persoon hieronder genoem:

- toegang tot my en my geregistreerde afhanklikes se persoonlike en mediese inligting mag hê wat tot Medihelp se beskikking is, navrae mag rig en dokumentasie mag aanvra.
- opdrag aan Medihelp mag gee vir die registrasie van 'n afhanklike(s), deregistrasie van 'n afhanklike(s), verwisseling van my voordele-opsie, beëindiging van my lidmaatskap, **asook my bankbesonderhede namens my mag wysig**.

Vanaf die datum hieronder genoem, gee ek die volgende persoon volmag om enige van hierdie take te verrig, soos wat ek sou verrig het as ek self teenwoordig was, met die nodige bevoegdheid om die verkose take wat in hierdie dokument uiteengesit word, te verrig.

Nóg Medihelp, nóg sy geaffilieerdes, agente, konsultante of werknemers sal aanspreeklik wees vir enige skadevergoeding hoegenaamd, insluitend, sonder beperkings, enige direkte, indirekte, spesiale, toevallige, gevolgs- of bestraffende skadevergoeding, hetsy in 'n aksie voortvloeiend uit 'n kontrak, wet, delik of andersins, wat verband hou met die verskaffing van enige inligting wat aan hierdie derde party gegee word of enige wysigings wat deur hierdie derde party aangebring word as gevolg van hierdie instruksie deur my aan Medihelp gegee.

Hierdie toestemming sal geldig wees totdat ek dit skriftelik herroep. Besonderhede van die derde party is soos volg:

Voorletters en van	<input type="text"/>
Verwantskap tot lid	<input type="text"/>
Identiteitsnommer	<input type="text"/>
Telefoonnommer	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>

Merk hierdie slegs indien Medihelp u kontakbesonderhede moet wysig na die kontakbesonderhede van die derde party, soos hierbo voorsien.

 JA

Handtekening van lid _____

Datum

Handtekening van derde party _____

Datum

NB Dien asseblief 'n gesertifiseerde afskrif (nie ouer as 3 maande nie) van die lid se identiteitsdokument sowel as dié van die derde party soos hierbo genoem, vir sekuriteitsdoeleindes saam met dié vorm in.