

My Medihelp-aansoekvorm 2020



Navrae: 086 0100 678
 Faks: 012 336 9534 E-pos: newbusiness@medihelp.co.za
 Posadres: Posbus 26004, ARCADIA, 0007
 www.medihelp.co.za

Dankie dat u gekies het om by Medihelp mediese skema aan te sluit.

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

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

1. Datum waarop lidmaatskap verlang word

2. Besonderhede van aansoeker (persoon wat lidmaatskap verlang)

ID-/paspoortnommer

Titel

'n Afskrif van u paspoort moet aangeheg word indien u die paspoortnommer gebruik.

Van

Voorletters

Voorname

Geslag

Noemnaam

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

Geboortedatum

Huweliksdatum

Belastingnommer

Taal

3. Kontakbesonderhede van aansoeker

Woonadres

Tel No. (W) Kode No.

Tel No. (H) Kode No.

Kode

Faks No. Kode No.

Posadres

Selnommer

E-posadres

Kode

Mag Medihelp u/u afhanklike(s) se persoonlike besonderhede gebruik om die gehalte van ons diens te bepaal?

Om die gehalte van ons kommunikasie met u te verbeter, dui asseblief aan of die volgende op u van toepassing is:

Siggestrem

Gehoorgestrem

4. Besonderhede van werkgewer/instansie wat u ledegeld betaal

LW: Voltooi slegs indien u ledegeld ten volle of gedeeltelik deur u werkgewer of enige ander instansie betaal word.

Naam van werkgewer/instansie

Kampus/area

Takkode/Werkgewersgroeponommer

Betaalnommer

Aanstellingsdatum

Aanstelling

Betaalarea

Kantoorstempel van werkgewer

5. Keuse van voordele-opsie (kies slegs een voordele-opsie deur 'n "X" by 5.1 te merk)

5.1 Voordele-opsies

Neem kennis:

- Indien u 'n voltydse student is met 'n maandelikse inkomste van tussen R0 en R600, verwys na afdeling 5.2;
- Indien u enige van die spaaropsies kies, verwys na afdeling 5.3 en;
- Indien u een van die netwerkopies kies (insluitend Necessé), verwys na afdeling 5.4.

<input type="checkbox"/> Prime 1 Hospitaalplan	<input type="checkbox"/> Prime 1 Netwerk Hospitaalplan	<input type="checkbox"/> Prime 2 Spaar	<input type="checkbox"/> Prime 2 Netwerk Spaar
<input type="checkbox"/> Prime 3 Omvattend	<input type="checkbox"/> Prime 3 Netwerk Omvattend	<input type="checkbox"/> Elite Omvattend	<input type="checkbox"/> Plus Omvattend
<input type="checkbox"/> Necessé Netwerk	<input type="checkbox"/> Unify Spaar		

5.2 Voltydse studente – slegs Necessé

Voorsien asseblief bewys van u inskrywing as 'n voltydse student asook bewys van u maandelikse inkomste. Vir die doeleindes van die Necessé-voordele-opsie beteken "maandelikse inkomste" die bruto maandelikse inkomste voor enige aftrekkings.

Aanvaarbare bewys van voltydse studies

- Bewys van registrasie vir voltydse studies op 'n amptelike briefhoof van die tersiêre instelling waar u as voltydse student geregistreer is.

Aanvaarbare bewys van inkomste

- Amptelike bankstate vir die afgelope drie maande waarop die rekeninghouer se voorletters en van voorkom. Dui asseblief duidelik op die bankstate aan watter inbetaling(s) na u inkomste verwys.
- Indien geen aanvaarbare bewys van inkomste verskaf word nie, sal u ledegeld volgens die hoogste inkomstekategorie bereken word.
- Medihelp kan addisionele bewyse vereis, indien nodig.

5.3 Aanwending van spaarrekeningfondse (Prime 2, Prime 2 Netwerk en Unify)

Dui asseblief u voorkeur aan. Indien u geen opsie kies nie, sal Medihelp alle kwalifiserende mediese uitgawes uit u spaarrekening betaal.

- Betaal alle kwalifiserende mediese uitgawes uit my spaarrekening.
- Betaal slegs sekere kwalifiserende mediese uitgawes uit my spaarrekening, uitgesluit sekere uitgawes tydens hospitalisasie aangegaan (bv. tariefvermindering, bybetalings, bedrae wat beskikbare voordele oorskry).

5.4 Verklaring deur aansoekers wat versoek om op 'n netwerkopie in te skryf (insluitend Necessé)

Ek bevestig dat ek bewus is van die volgende:

1. Ek sal aanspreeklik wees vir bybetalings indien ek nie Medihelp se hospitaalnetwerk, aangewese diensverskaffers en formulariummedisyne gebruik nie.
2. Ek moet my voorgeskrewe minimum voordeletoestand (VMV-toestand) by Medihelp registreer en Medihelp moet my VMV- chroniese medisyne vooraf goedkeur. Medihelp maak gebruik van 'n aangewese diensverskaffer vir VMV- chroniese medisyne en 'n formularium is van toepassing. Ek sal aanspreeklik wees vir 'n bybetaling* op my VMV- chroniese medisyne indien ek versuim om hierdie medisyne by 'n aangewese diensverskaffer te verkry of afwyk van die formularium vir my voordele-opsie.
3. Om bybetalings op VMV-behandeling te voorkom, moet my behandelende spesialiste deel wees van Medihelp se netwerk van aangewese spesialiste.
4. Ek moet Medihelp se hospitaalnetwerk gebruik vir alle beplande hospitaalopnames. Indien daar nie 'n netwerkhospitaal naby my woonplek beskikbaar is nie, moet ek na die naaste netwerkhospitaal reis om mediese dienste daar te bekom. Indien ek 'n hospitaal buite die netwerk gebruik, sal ek aanspreeklik wees vir 'n bybetaling*.

*Verwys asseblief na u voordele-opsie se gids/brosjyre vir alle toepaslike bybetalings.

Handtekening van aansoeker

Datum

6. Besonderhede van afhanklike(s) wat u wil registreer

Die volgende afhanklikes van 'n aansoeker mag geregistreer word:

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

6. Besonderhede van afhanklike(s) wat u wil registreer (vervolg)**Afhanklike**

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag

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

Geboortedatum

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

Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag

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

Geboortedatum

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

Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag

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

Geboortedatum

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

Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag

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

Geboortedatum

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

Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag

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

Geboortedatum

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

Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met aansoeker _____

7. Bankbesonderhede

7.1 Persoon wat self die ledegeld betaal (kies slegs een opsie deur 'n "X" te merk)

Ek gee toestemming aan Medihelp om die toepaslike ledegeld wat deur my aan Medihelp betaalbaar is, maandeliks per debietorder van my bankrekening te verhaal op die datum soos onder aangedui. Verder gee ek toestemming aan Medihelp om die ledegeld, indien nodig, te verhoog of verlaag en die gewysigde bedrag, of enige agterstallige ledegeld, van my bankrekening te verhaal.

Verhaal asseblief my maandelikse ledegeld per debietorder van my bankrekening op die volgende datum:

<input type="checkbox"/>	Op die eerste werksdag van die maand waarin ek inskrywing versoek het en daarna op die eerste werksdag van elke daaropvolgende maand.
<input type="checkbox"/>	Op die 25ste dag van die maand wat my inskrywing voorafgaan en daarna op die 25ste dag van die daaropvolgende maande van lidmaatskap.
<input type="checkbox"/>	Op die laaste werksdag van die maand wat my inskrywing voorafgaan en daarna op die laaste werksdag van die daaropvolgende maande van lidmaatskap.

Neem kennis:

- U ledegeld is vooruit betaalbaar en indien u lidmaatskap eers na die gekose datum gefinaliseer word, sal Medihelp twee debietorderverhalings in u eerste maand van lidmaatskap maak, naamlik op die eerste beskikbare werksdag na aktivering van u lidmaatskap EN op die gekose datum in dieselfde maand. Medihelp sal u ledegeld daarna maandeliks verhaal op die gekose dag hierbo aangedui.
- Indien die debietorderverhalingsdatum op 'n naweek of 'n openbare vakansiedag val, sal u ledegeld op die eerste werksdag na die gekose datum verhaal word.
- Indien geen debietorderverhalingsdatum gekies word nie, sal Medihelp die verhalings op die eerste werksdag van die maand doen.

7.2 Persoon wie se werkgewer/instansie die ledegeld betaal

My werkgewer/instansie as my gemagtigde agent gee toestemming aan Medihelp om die toepaslike ledegeld wat deur my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent aan Medihelp betaalbaar is, vanaf die datum van inskrywing per debietorder maandeliks op die laaste werksdag van my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent se bankrekening te verhaal. Ek gee toestemming aan Medihelp om die ledegeld, indien nodig, te verhoog of verlaag en die gewysigde bedrag, of enige agterstallige ledegeld, van my werkgewer/instansie as my gemagtigde agent se bankrekening te verhaal.

7.3 Bankbesonderhede vir debietorderverhalings en kredietterugbetalings (moet deur alle aansoekers voltooi word)

1. Gebruik hierdie rekening vir alle transaksies

2. Gebruik hierdie rekening slegs om ledegeld te verhaal

LW: Indien u hierdie opsie kies, moet u die bankbesonderhede vir kredietterugbetalings in die regterkantste tabel voltooi.

Bank _____

Tak _____

Takkode

Rekeningtipe Spaar Tjek

Naam van rekeninghouer _____

Rekeningnommer _____

Gebruik hierdie rekening slegs vir kredietterugbetalings
LW: Indien u opsie 2 in die linkerkantste tabel gekies het, moet u die bankbesonderhede hieronder voltooi.

Bank _____

Tak _____

Takkode

Rekeningtipe Spaar Tjek

Naam van rekeninghouer _____

Rekeningnommer _____

Indien slegs een bankrekeningnommer verskaf word, sal dit gebruik word vir die verhalings van ledegeld en die terugbetaling van kredietbedrae. In die geval van 'n trust moet 'n afskrif van die trustakte ingedien word en die verantwoordelike trustee moet teken.

Handtekening van rekeninghouer/
gemagtigde ondertekenaar vir verhalings
van ledegeld

Handtekening van rekeninghouer vir
kredietterugbetalings

8. Vorige/huidige lidmaatskap van mediese skema(s)

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

Ja Nee
 Wie was die lid van die vorige skema? _____
Naam en van _____

8.2 **Verskaf asseblief besonderhede van AL die mediese skemas waar u en u afhanklike(s) tans ingeskryf is en voorheen ingeskryf was:**

- LW:
- Die datum aangesluit en datum beëindig is belangrik om u en u afhanklike(s) in die korrekte inskrywingskategorie te plaas.
 - Meld "tans/huidig" indien u/u afhanklike(s) se lidmaatskap van die bestaande skema steeds aktief is.
 - Maak seker dat die datums van u/u afhanklike(s) se lidmaatskap by die betrokke skemas nie oorvleuel nie.
 - Inligting aangaande vorige en huidige lidmaatskap moet **afsonderlik** vir u en u afhanklike(s) gemeld word.

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

* Hierdie inligting is verpligtend. Indien dit nie voltooi word nie, kan u aansoek om lidmaatskap nie afgehandel word nie.

8.3 Het u of u afhanklike(s) se vorige mediese skema enige laataansluitingsbelading toegepas?

Ja Nee

Indien "Ja", verskaf asseblief die volgende besonderhede:

Naam van aansoeker/afhanklike	Laataansluitingsbelading			
	5%	25%	50%	75%

8.4 Het u of u afhanklike(s) se vorige mediese skema enige toestandspesifieke wagtydperke opgelê en was dit steeds aktief voor die beëindiging van lidmaatskap? (Dus 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 aansoeker/afhanklike	Toestandspesifieke wagtydperk (TSW)	Datum waarop TSW verstryk							
		j	j	j	j	m	m	d	d

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

9. Mediese vraelys

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- 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 en/of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

1. Spier- en skelet-/beenstelsel, brein-, senuwee- en veltoestand (bv. rug- en nekprobleme, insluitend beserings, osteoartritis, rumatoïede artritis, jigg, meervoudige sklerose, heup- en knieprobleme, osteoporose, dermatitis, beroerte, epilepsie, verlamming, tremor)?

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

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

2. Gastro-intestinale stelsel (bv. gastro-esofageale refluks, sooibrand, maagseer, Crohn-siekte, ulseratiewe kolitis, divertikulitis, spastiese dikderm, lewertoestande, breuke, aambeie)?

Ja	Nee
----	-----

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

3. Uriewegstelsel en/of geslagsorgane (bv. nierstene, nierversaking, dialise, prostaatafwykings, endometriose, ovariumsiste, menstruele afwykings, pelvisse inflammatoriese toestande, miskrame)?

Ja	Nee
----	-----

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

4. Chroniese siekte (bv. verhoogde cholesterol, borskaspyne, hartsiektes, pasaangeër, diabetes, hoë bloeddruk, asma, brongitis, obstruktiel longesiekte, emfiseem, sistemiese lupus eritematose, skildklier, porfirie)?

Ja	Nee
----	-----

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

9. Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- 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 en/of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

5. Is enige vroulike bevooroordeelde op hierdie aansoekvorm aangedui tans swanger, of vermoed u swangerskap?

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

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

6. Bloedtoestande/-afwykings en/of enige tipe kanker (bv. hemofilie, leukemie, limfoom, weefselspesifieke kanker)?

Ja	Nee
----	-----

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

7. Psigiatrisie toestande en/of middelafhanklikheid (bv. depressie, bipolêre steuring, stres, paniekaanvalle, skisofrenie, alkohol- en/of dwelmmisbruik)?

Ja	Nee
----	-----

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

8. Enige afwyking van die ore, neus, keel, oë en/of tande (bv. gloukoom, katarakte, bril of kontaklense, doofheid, retinale toestande, ortodonsie, kroon- en brugwerk, kaak-en-gesig- en mondchirurgie)?

Ja	Nee
----	-----

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

9. Mediese vraelys (vervolg)

- Alle vrae moet met 'n "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", meld asseblief volle besonderhede. Ontbrekende, verkeerde inligting of inligting wat weerhou word, kan tot beëindiging van u lidmaatskap lei.
- 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 en/of u afhanklike(s) wat op hierdie aansoekvorm gemeld word, voorheen aan enige mediese toestande, siektes of afwykings gely het (afwyking sluit aantasting of toestand van ongesteldheid in). Neem asseblief kennis dat enige versoek vir hospitaalopname of goedkeuring van chroniese medisyne gedurende die eerste 12 maande van lidmaatskap aan 'n ondersoek oor nie-openbaarmaking van inligting onderworpe sal wees voordat die hospitaalopname of chroniese medisyne goedgekeur sal word.

9. Is u of enige van u afhanklike(s) wat gemeld word op hierdie aansoekvorm MIV-positief of gediagnoseer met Vigs?*

Dui met 'n "X" aan

Ja	Nee
----	-----

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

*Indien u of enige van u afhanklike(s) verkies om nie u of u afhanklike(s) se 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. Sou u versuim om aan hierdie voorwaarde te voldoen, sal dit as die nie-openbaarmaking van inligting beskou word wat tot die beëindiging van u lidmaatskap kan lei. Medihelp sal na ontvangs van hierdie versoek bepaal of onderskrywingsvoorwaardes toegepas sal word en indien wel, sal u 'n gewysigde Bewys van lidmaatskap-dokument ontvang.

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

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

Ja	Nee
----	-----

Naam(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Dui enige ondersoek, behandeling en/of terapie aan wat binne die volgende 12 maande beplan word

11. 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(e) van pasiënt(e)	Spesifiseer siekte/toestand/afwyking volledig	Datum van diagnose	Laaste datum van opvolgbesoek, toetse gedoen of behandeling ontvang	Noem behandeling, terapie en/of 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 webblad by www.medihelp.co.za aflaai deur op die beveiligde webblad vir lede in te teken.

10. 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 afhanklike(s) 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 lidmaatskap te verwerk, u mediese eise te betaal, te bepaal of u op voordele geregtig is, risiko's te bestuur en vir enige kommunikasiedoeleindes;
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 voordele-opsie 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 webblad vir lede beskikbaar is, en om nie vals eise in te dien of enige bedrieglike dade te pleeg nie.
8. Ek verklaar dat die inligting wat in hierdie aansoek om lidmaatskap 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 afhanklike(s) se lidmaatskap, of enige ander maatreëls wat Medihelp geheel na sy goedgeken 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 afhanklike(s), 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 of my afhanklike(s) se gezondheidstoestand nadat my aansoek om lidmaatskap ingedien is maar voor my lidmaatskap in werking tree. Ek bevestig dat die woonadres soos verskaf op bladsy 1 die adres is wat ek kies vir die betekening van enige regsdocument. Ek onderneem om Medihelp skriftelik van enige toekomstige wysigings in my persoonlike besonderhede en/of bankbesonderhede in kennis te stel en ek begryp dat enige nienakoming hiervan kan lei tot die beëindiging van my lidmaatskap in ooreenstemming met die bepalings van die Wet op Mediese Skemas en Medihelp se geregistreerde Reëls.**
9. 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 ek 'n nuwe aansoekvorm moet voltooi.
10. Ek bevestig dat nie ek of my afhanklike(s) as bevoordeelde(s) van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek lidmaatskap van Medihelp versoek het nie.
11. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees op die dag wat ek in Afdeling 7 van hierdie aansoekvorm gekies het of op die eerste werksdag na hierdie datum, 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 belastingcertifikaatinligting, asook my 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.
12. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat nie ek of my afhanklike(s) as bevoordeeldes van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl ons steeds lid van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema:

13. 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 afhanklike(s) se lidmaatskap opgelê mag word. Medihelp mag my lidmaatskap finaliseer sonder die uitreiking van 'n lidmaatskapvoorwaardesdokument indien geen wagtydperk en/of laataansluitingsbelading opgelê is nie.
14. 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.
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 lidmaatskap opgeskort mag word indien ek versuim om die volle ledegeld of skuld vir 'n maand lank te betaal, en dat my lidmaatskap beëindig mag word indien die betaling vir twee maande lank 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, en verklaar dat ek die instemming van my afhanklike(s) verkry het, dat –
- 20.1 Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my of my afhanklike(s) se gezondheid, 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 afhanklikes se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
- 20.3 'n adviseur in diens van 'n makelaarshuis wat met Medihelp gekontrakteer is, 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

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

- 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 lidmaatskap 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 praktisyns, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers/instansies mag versoek.
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, ingesluit 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 aansoeker

Datum

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

In u hoedanigheid as

Voog Kurator

ID-/paspoortnommer

Titel

Mnr Mev Me Ander (spesifiseer)

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

Voorname

Van

Tel No. (W)

Kode No.

Faks No.

Kode No.

Selnommer

11. 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 aansoeker 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-gekontrakteerde makelaarshuis geteken het; en
3. die aansoeker 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

Adviseurskode

Adviseur se naam en van

Tel No.

Kode No.

Faks No.

Kode No.

E-posadres

Handtekening van adviseur

Datum

Slegs vir kantoorgebruik

Wenkverwysingsnommer

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

