

Registrasie van my pasgebore baba



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

Vir gebruik deur korporatiewe kliënte

Betaalnommer

Kantoorstempel van werkgewer

Hoe om hierdie vorm te voltooi:

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

1. Besonderhede van lid

Lidnommer Voorletters _____ Titel Mnr Mev Me Ander (spesifiseer)

Voorname _____

Van _____

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

Tel No. (H) Kode _____ No. _____

E-posadres _____

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

 2 0 j j m m d d

3. Besonderhede van pasgebore baba(s)

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

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag Manlik Vroulik

Geboortedatum Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer Geslag Manlik Vroulik

Geboortedatum Selnommer

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

3. Besonderhede van pasgebore baba(s) (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 lid _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

Afhanklike

Van _____

Volle voorname _____

Noemnaam _____

ID-/paspoortnommer

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

 Geslag

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

Geboortedatum

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

 Selnommer

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

E-posadres _____

Verwantskap met lid _____

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 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 registrasie van u afhanklike(s) 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/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 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. Ek begryp dat die Reëls van Medihelp na goedkeuring van my aansoek om registrasie van my afhanklike(s) bindend op my geregistreerde afhanklike(s) 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 afhanklike(s) 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 afhanklike(s) 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 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 afhanklike(s), 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 goëddunke, tot 'n maksimum van 60 dae, waarna die aansoekvorm gekanselleer sal word en daar van my verwag sal word om 'n nuwe aansoekvorm te voltooi.
11. Ek bevestig dat my afhanklike(s) nie as bevoordeelde(s) van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal wees op die datum waarop ek hulle registrasie by Medihelp versoek het nie.
12. Ek neem kennis dat die maandelikse ledegeld verskuldig sal wees soos met Medihelp ooreengekom, en daarna op dieselfde dag van elke daaropvolgende kalendermaand. Indien my werkgewer/instansie, as my gemagtigde agent, onderneem om my ledegeld aan Medihelp oor te betaal, gee ek my werkgewer/instansie toestemming om die bedrag wat aan Medihelp betaalbaar is van my salaris te verhaal en sodanige bedrag aan Medihelp oor te betaal. Verder gee ek toestemming dat Medihelp die volgende inligting aan my werkgewer/instansie mag voorsien om ledegeldbetalings te doen: my identiteitsnommer, my belastingcertifikaatinligting, asook my geregistreerde afhanklike(s) se geboortedatum, ouderdom en verwantskap. Ek is voorts verantwoordelik om enige bedrag wat ten opsigte van my mediese spaarrekening verskuldig is, aan Medihelp te betaal sou ek my lidmaatskap beëindig.
13. Ek bevestig dat ek verantwoordelik is om vooraf kennis te gee van die beëindiging van my lidmaatskap en dat my afhanklike(s) nie as bevoordeelde(s) van 'n ander geregistreerde mediese skema ingeskryf sal word terwyl hulle steeds lid van Medihelp is nie.

Medihelp se regte as mediese skema:

14. Ek is bewus daarvan dat Medihelp die voordele wat toegestaan word en die bedrae/tariewe wat ten opsigte van spesifieke dienste betaal word, mag beperk deur onder andere bybetalings en uitsluitings toe te pas.
15. Die Reëls van Medihelp mag voorsiening maak vir verskillende intervensies wat ontwikkel is om kostedoeltreffendheid en toepaslikheid van dienste te verseker, soos voorafgoedkeuring en die gebruikmaking van aangewese diensverskaffers.
16. Medihelp mag voorts die verwisseling van voordele-opsie beperk tot die begin van 'n jaar, en mag 'n kennistydperk vereis soos in die Reëls bepaal.
17. Medihelp mag weier om 'n eis te betaal wat ingedien word na verstryking van die tydperk soos in die Reëls voorgeskryf.
18. Ek is voorts bewus daarvan dat my 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 dat –
- 20.1 Medihelp mag navraag doen by enige mediese dokter of persoon wat oor sodanige inligting beskik oor die status van my afhanklike(s) se gesondheid, en ek gee toestemming aan die dokter of die betrokke persoon om sodanige inligting aan Medihelp en sy gekontrakteerde derde partye beskikbaar te stel vir die administrasie van my gesondheidsplan;
- 20.2 my afhanklike(s) mag navraag doen oor my of enige van my afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik;
- 20.3 'n adviseur in diens van 'n Medihelp-gekontrakteerde makelaarshuis, sou ek sodanige aanstelling maak en hul dienste gebruik, mag toegang hê tot my en enige van my geregistreerde afhanklike(s) se persoonlike en mediese inligting waaroor Medihelp beskik en dat sodanige adviseur of 'n gemagtigde persoon van die makelaarshuis Medihelp mag opdrag gee om enige van my persoonlike inligting , uitgesluit my bankbesonderhede, te wysig, met die doel om gepaste administrasie en onderskrywing toe te pas;
- 20.4 Medihelp my en my afhanklike(s) se mediese en persoonlike inligting aan mediese diensverskaffers bekend mag maak met die doel om mediese dienste aan my en my afhanklike(s) te lewer en sodanige dienste te betaal; en
- 20.5 Medihelp mag my inligting deel vir doeleindes van statistiese ontledings en akademiese navorsing.

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

21. Ek begryp dat die inligting bedoel in paragraaf 20 slegs gebruik sal word vir die doeleindes soos uiteengesit in Medihelp se vertroulikheidsverklaring (op hierdie aansoekvorm) en dat enige afwykings as skending van vertroulikheid geag sal word. Indien Medihelp die inligting vir ander doeleindes wil gebruik, moet Medihelp vooraf my goedkeuring daarvoor verkry.
22. Ek gee toestemming dat al my telefoongesprekke en/of dié van my geregistreerde afhanklike(s) met Medihelp en/of sy gekontrakteerde derde partye opgeneem mag word vir gehaltebeheerdoeleindes asook om bedrog te help bespeur en voorkom.
23. Ek gee toestemming dat Medihelp, vir doeleindes van die oorweging van die aansoek om registrasie van my afhanklike(s) of die toepassing van onderskrywing of risiko-ontledings of die oorweging van 'n eis vir mediese uitgawes, inligting oor my en my afhanklike(s) van mediese praktisyns, finansiële adviseurs, bedryfsreguleringsliggame of werkgewers 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, insluitend, en nie daartoe beperk nie, inligting oor my/my afhanklike(s) se kredietrekord, finansiële geskiedenis, persoonlike inligting (uitgesluit mediese inligting) en skuldvonnis- of wanbetalingsgeskiedenis.

Handtekening van lid

Datum

2 0 j j m m d d

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

In u hoedanigheid as

Lid Voog Kurator

ID-/paspoortnummer

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. _____

Kode _____

No. _____

Faks No. _____

Kode _____

No. _____

Selnummer _____

5. Onderneming en verklaring deur adviseur

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

Ek verklaar dat –

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

Ek neem kennis dat die adviseur/makelaarshuis Medihelp vrywaar teen enige nienakoming van die wettlike 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

Slegs vir kantoorgebruik

Wenkverwysingsnommer

M

H

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

