

Individuele aansoek om lidmaatskap

2022

Belangrike notas:

- Momentum Medical Scheme is as 'n mediese skema geregistreer volgens die Wet op Mediese Skemas, 131 van 1998.
- Momentum Medical Scheme word geadministreer deur 'n afsonderlike maatskappy, Momentum Health Solutions (Edms) Bpk (Administrateur), 'n deel van Momentum Metropolitan Beherend Beperk.
- Moet asseblief nie van jou huidige skema bedank voordat jy geskrewe bevestiging van aanvaarding deur Momentum Medical Scheme ontvang het nie.
- Momentum Medical Scheme sal slegs lidmaatskap oorweeg na ontvangs van 'n volledig ingevulde aansoekvorm.
- Verskaf asseblief ID-nommers en afskrifte van ID-dokumente vir die hooflid en alle afhanklikes.
- Dit is verpligtend om kontakbesonderhede vir alle afhanklikes wat 18 of ouer is te verskaf. Die Skema sal die e-pos adresse wat jy verskaf, gebruik wanneer dit nodig het om met jou of jou afhanklikes te kommunikeer.
- Maak asseblief seker dat die name en vanne van die hooflid, lewensmaat en afhanklikes ingevul word soos aangedui op hul ID of paspoort.
- Verskaf asseblief lidmaatskapsertifikate (waar van toepassing) van die vorige mediese skemas waaraan jy behoort het.
- Stuur asseblief die voltooide en ondertekende form aan ons by healthnewbusiness@momentumhealth.co.za.
- Dit is baie belangrik om volledige inligting in die afdelings vir mediese besonderhede bekend te maak rakende enige voorafbestaande toestand of simptome wat jy of jou afhanklikes ervaar. As ons vind dat jy nie alle relevante inligting bekend gemaak het nie, kan ons sekere voordele beperk of uitsluit of jou lidmaatskap beëindig.
- Indien ons nie al die verwante dokumentasie wat benodig word ontvang nie, sal dit die finalisering van die aansoek vertraag.

1: Persoonlike besonderhede

Hooflid

Titel	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Naam	<input type="text"/>						
Van	<input type="text"/>										
Vorige van	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>	Manlik	<input type="text"/>	Vroulik	<input type="text"/>				
ID/Paspoortnommer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Land wat paspoort uitgereik het	<input type="text"/>										
Land van verblyf	<input type="text"/>										
Belastingverwysingsnommer*	<input type="text"/>	* Verskaf asseblief bewys van belastingverwysingsnommer.									
Huwelikstatus	Ongetroud	<input type="text"/>	Getroud	<input type="text"/>	Vervreemd	<input type="text"/>	Geskei	<input type="text"/>	Weduwee/Wewenaar	<input type="text"/>	
Woonadres	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>									Poskode	<input type="text"/>
Posadres (indien verskillend)	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>									Poskode	<input type="text"/>
Telefoon - huis	<input type="text"/>	Selfoonnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-posadres	<input type="text"/>										

Eggenoot of lewensmaat (indien eggenoot of lewensmaat ook aansoek doen om lidmaatskap)

Titel	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Naam	<input type="text"/>						
Van	<input type="text"/>										
Vorige van	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>	Manlik	<input type="text"/>	Vroulik	<input type="text"/>				
ID/Paspoortnommer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Land wat paspoort uitgereik het	<input type="text"/>										
Land van verblyf	<input type="text"/>										
Is die gade of lewensmaat se kontakbesonderhede dieselfde as die van die hooflid?	<input type="text"/>							Ja	<input type="text"/>	Nee	<input type="text"/>
Indien nee, voltooi asseblief die gade of lewensmaat se besonderhede:											
Huisadres	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>									Poskode	<input type="text"/>
Posadres (indien verskillend)	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>									Poskode	<input type="text"/>
Telefoon - huis	<input type="text"/>	Selfoonnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-posadres	<input type="text"/>										

1: Persoonlike besonderhede (vervolg)
Afhanklikes (indien afhanklikes ook aansoek doen om lidmaatskap)

Afhanklike 1

Naam

Van

ID/Paspoortnommer Geslag Manlik Vroulik

Land wat paspoort uitgereik het Geboortedatum

Dit is verpligtend om kontakbesonderhede vir alle afhanklikes wat 18 of ouer is te verskaf.

Is die afhanklike se kontakbesonderhede dieselfde as die van die hooflid? Ja Nee

Indien nee, voltooi asseblief die afhanklike se besonderhede:

Huisadres

Poskode

Posadres (indien verskillend)

Poskode

Selffoonnommer

E-posadres

Verwantskap met hooflid

Is die afhanklike finansiël afhanklik van die hooflid? Ja Nee Afhanklike se maandelikse inkomste R

Afhanklike 2

Naam

Van

ID/Paspoortnommer Geslag Manlik Vroulik

Land wat paspoort uitgereik het Geboortedatum

Dit is verpligtend om kontakbesonderhede vir alle afhanklikes wat 18 of ouer is te verskaf.

Is die afhanklike se kontakbesonderhede dieselfde as die van die hooflid? Ja Nee

Indien nee, voltooi asseblief die afhanklike se besonderhede:

Huisadres

Poskode

Posadres (indien verskillend)

Poskode

Selffoonnommer

E-posadres

Verwantskap met hooflid

Is die afhanklike finansiël afhanklik van die hooflid? Ja Nee Afhanklike se maandelikse inkomste R

Afhanklike 3

Naam

Van

ID/Paspoortnommer Geslag Manlik Vroulik

Land wat paspoort uitgereik het Geboortedatum

Dit is verpligtend om kontakbesonderhede vir alle afhanklikes wat 18 of ouer is te verskaf.

Is die afhanklike se kontakbesonderhede dieselfde as die van die hooflid? Ja Nee

Indien nee, voltooi asseblief die afhanklike se besonderhede:

Huisadres

Poskode

Posadres (indien verskillend)

Poskode

Selffoonnommer

E-posadres

Verwantskap met hooflid

Is die afhanklike finansiël afhanklik van die hooflid? Ja Nee Afhanklike se maandelikse inkomste R

1: Persoonlike besonderhede (vervolg)

Afhanklikes (indien afhanklikes ook aansoek doen om lidmaatskap) (vervolg)

Afhanklike 4

Naam	<input type="text"/>																			
Van	<input type="text"/>																			
ID/Paspoortnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/> Manlik <input type="text"/>	<input type="text"/> Vroulik <input type="text"/>								
Land wat paspoort uitgereik het	<input type="text"/>							Geboortedatum	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y <input type="text"/> Y											
Dit is verpligtend om kontakbesonderhede vir alle afhanklikes wat 18 of ouer is te verskaf.																				
Is die afhanklike se kontakbesonderhede dieselfde as die van die hooflid?											<input type="text"/> Ja <input type="text"/>	<input type="text"/> Nee <input type="text"/>								
Indien nee, voltooi asseblief die afhanklike se besonderhede:																				
Huisadres	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>										Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Posadres (indien verskillend)	<input type="text"/>																			
	<input type="text"/>										Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Selfoonnommer	<input type="text"/>																			
E-posadres	<input type="text"/>																			
Verwantskap met hooflid	<input type="text"/>																			
Is die afhanklike finansiële afhanklik van die hooflid?											<input type="text"/> Ja <input type="text"/>	<input type="text"/> Nee <input type="text"/>	Afhanklike se maandelikse inkomste	<input type="text"/> R <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2: Besonderhede van werkgewer

2.1 Nie-staatsdiens werknemers

Naam van werkgewer	<input type="text"/>																
Taknaam	<input type="text"/>																
Bestaande groepnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Werknemernommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besigheidstelefoon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum van indiensneming	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J						

2.2 Staatsdiens werknemers

Naam van afdeling	<input type="text"/>											
Persalsnommer *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Datum van indiensneming	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J	

* Heg asseblief 'n afskrif van jou nuutste salarisstrokie aan as jy jou bydraes via Persal betaal, en moet nie Afdeling 9 voltooi nie.

3: Besonderhede van besigheid indien in eie diens

Naam van besigheid	<input type="text"/>																
Registrasienommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Registrasiedatum	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J						
Aard van besigheid	<input type="text"/>																
Telefoon - werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faks - werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selfoonnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Voorkeurmetode van kommunikasie	<input type="text"/> E-pos <input type="text"/>	<input type="text"/> Pos <input type="text"/>					
E-posadres	<input type="text"/>																
Besigheid se fisiese adres	<input type="text"/>																
	<input type="text"/>										Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Besigheid se posadres (indien verskillend)	<input type="text"/>																
	<input type="text"/>										Poskode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

4: Finansiële adviseur (indien van toepassing)

Naam	Finansiële adviseurkode	Makelaarhuiskode	Kommissieverwysingsnr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Handtekening van finansiële adviseur	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> J
Hoe wil jy graag die verwelkomingspakket ontvang?	<input type="text"/> Gepos aan lid <input type="text"/>	<input type="text"/> Gepos aan tak* <input type="text"/>	Interne takkode <input type="text"/>

*Indien jy tak gekies het, verskaf asseblief die interne takkode.

5: Besonderhede van vorige mediese skemas

Dui asseblief die besonderhede van vorige mediese skemas vir die hooflid, lewensmaat en volwasse afhanklikes aan (slegs Suid-Afrikaans geregistreerde skemas van toepassing). Hierdie inligting moet verskaf word vir die hooflid en elke afhanklike wat aansoek doen. Indien meer spasie benodig word, heg gerus bykomende bladsye aan.

Verskaf asseblief lidmaatskapsertifikate van vorige mediese skemas.

Naam van lid	Naam van skema	Lidmaatskapnommer	Datum aangesluit jj/mm/dd	Datum beëindig of huidig jj/mm/dd

Is die besonderhede hierbo ingevul dieselfde vir alle afhanklikes wat aansoek doen vir dekking?

Ja Nee

Indien nee, verskaf besonderhede in die spasie hierbo.

Moet jy van mediese skema verander omdat jy nie meer kwalifiseer om lid te wees van jou huidige mediese skema nie?

Ja Nee

Indien ja, sluit asseblief 'n lidmaatskapsertifikaat van jou huidige mediese skema in, sowel as bewys van die gedwonge skuif (soos byvoorbeeld 'n afskrif van jou bedanking vanaf jou werkgever).

6: Mediese besonderhede

Maak asseblief seker dat jy Afdeling 5 voltooi het voordat jy die vrae hieronder beantwoord.

Dokter/s besoek in die afgelope 12 maande

Indien jou gesin 'n dokter besoek het in die afgelope 12 maande, dui asseblief al die dokters aan wat besoek is.

Naam en van	<input type="text"/>	
Telefoon - werk	<input type="text"/>	Hoe lank is hy/sy reeds jou dokter? (jare) <input type="text"/>
Naam en van	<input type="text"/>	
Telefoon - werk	<input type="text"/>	Hoe lank is hy/sy reeds jou dokter? (jare) <input type="text"/>
Naam en van	<input type="text"/>	
Telefoon - werk	<input type="text"/>	Hoe lank is hy/sy reeds jou dokter? (jare) <input type="text"/>

Leef met MIV/vigs

As jy sou verkies om nie jou MIV-status op hierdie vorm aan te dui nie as gevolg van vertroulikheid, kan jy wag totdat jy jou lidnommer ontvang het en LifeSense Disease Management dan skakel by 0860 50 60 80 om aan te dui dat jy/jou afhanklikes lewe met MIV/VIGS. Indien jy versuim om ons binne 14 werksdae van aansluiting te verwittig dat jy of jou afhanklikes met MIV/VIGS lewe, kan jou lidmaatskap opgeskort word vanweë versuim om volle mediese besonderhede bekend te maak. Hierdie inligting sal vertroulik behandel word.

Merk hier om aan te dui dat jy die bogenoemde vrywaring gelees het, en dat jy dieselfde inligting gedeel het met al jou afhanklikes op die aansoekvorm.

6.1

Voltooi hierdie afdeling indien jy 'n lid van 'n Suid-Afrikaans geregistreerde mediese fonds was vir ten minste 24-maande, en nie meer as 90-dae verstryk het sedert die beëindiging van jou lidmaatskap aan daardie skema nie. Indien jy nie aan die bogenoemde voldoen nie, voltooi asseblief Afdeling 6.2.

Dit is baie belangrik om volledige inligting rakende enige voorafbestaande mediese toestand of simptome wat jy of jou afhanklikes ervaar het, te verklaar. As daar binne die eerste 12 maande van lidmaatskap goedkeuring vir enige voordele aangevra word, kan ons jou mediese geskiedenis van jou behandelende dokters aanvra. As ons vind dat jy nie alle relevante inligting bekend gemaak het nie, kan ons sekere voordele beperk of uitsluit, of jou lidmaatskap beëindig.

In die laaste 12 maande, het jy of jou afhanklikes enige van die volgende ervaar:

- 6.1.1 Neem jy of jou afhanklikes tans medikasie op 'n deurlopende basis of het jy/julle 'n redelike verwagting om medikasie te gebruik vir enige toestand gedurende die volgende 12 maande? Ja Nee
- 6.1.2 Is jy of jou afhanklikes opgeneem in enige hospitaal of geopereer gedurende die laaste 12 maande? Ja Nee
- 6.1.3 Beplan of wag jy of jou afhanklikes om 'n operasie te ondergaan of om opgeneem te word (bevallings ingesluit) in enige hospitaal binne die komende 12 maande? Ja Nee
- 6.1.4 Is daar enige ander toestand of simptoom, wat nie in besonderhede bespreek is in enige ander vraag nie, waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling reeds voorgestel of ontvang is deur jou of jou afhanklikes, of wat potensieel kan aanleiding gee tot 'n mediese eis binne die volgende 12 maande? Ja Nee

6: Mediese besonderhede (vervolg)

6.1 (vervolg)

Alle vrae moet beantwoord word met 'n "Ja" of "Nee". Indien jy "Ja" geantwoord het op enige vraag, verskaf asseblief volledige besonderhede hieronder. Indien meer spasie benodig word, heg bykomende bladsye aan.

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2

Voltooi Afdeling 6.2. indien:

- jy nie 'n lid van 'n Suid-Afrikaans geregistreerde mediese fonds was vir die afgelope 90 dae nie; of
- as jy 'n lid was van 'n Suid-Afrikaans geregistreerde mediese fonds vir minder as 24 maande en minder as 90 dae verstryk het sedert jou lidmaatskap aan daardie skema beëindig is.

Dit is baie belangrik om volledige inligting rakende enige voorafbestaande mediese toestand of simptome wat jy of jou afhanklikes ervaar, te verklaar. As daar binne die eerste 12 maande van lidmaatskap goedkeuring vir enige voordele aangevra word, kan ons jou mediese geskiedenis van jou behandelende dokters aanvra. As ons vind dat jy nie alle relevante inligting bekend gemaak het nie, kan ons sekere voordele beperk of uitsluit, of jou lidmaatskap beëindig.

Alle vrae moet met "Ja" of "Nee" beantwoord word. Indien "Ja", verskaf asseblief meer besonderhede. Indien meer spasie benodig word, heg gerus bykomende bladsye aan.

In die laaste 12 maande, het jy of jou afhanklikes enige van die volgende ervaar:

6.2.1 **Aandoenings van/of probleme met die hart of kardiovaskulêre stelsel** bv. hartgeruis, verhoogde cholesterol, kortasemigheid, hartkloppings, borskaspyn, angina pectoris, hartaanval of hoë bloeddruk? Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.2 **Asemhalings- of longprobleme**, bv. tuberkulose, asma, bronchitis, aanhoudende gehoës, boonstelugweginfeksies (BLIs), emfiseem, die hoës van bloed, sistiese fibrose, boonste lugweginfeksie, sinusitis of allergiese rinitis? Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.3 **Aandoenings van die spysverteringstelsel, maag, galblaas, pankreas of lewer**, bv. hardlywigheid, refluks, abdominale pyne, maag- of dundermseer, sooibrand, mantelvliesbreuk, rektale bloeding, Crohn se siekte, ulseratiewe kolitis, prikkelbare dermsindroom, hepatitis, sirrose, lewersversaking of het jy al ooit 'n gastroskopie, kolonoskopie, of ander spesiale ondersoeke ondergaan? Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.4 **Aandoenings of siektes van die niere, blaas of voortplantingsorgane**, bv. urienweginfeksies, abnormale urientoetse, nierstene, nefritis, prostatitis, abnormale prostaat-spesifieke antigeen (APA), blaasinfeksies of seksueel oordraagbare siektes? Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.5 **Aandoenings van die senuweestelsel of brein**, bv. aanvalle, epilepsie, beroerte, veelvuldige sklerose, migraine, hoofpyne, verlamming, Parkinson se siekte, of het jy of jou afhanklikes al ooit, of was geadviseer om, 'n gespesialiseerde skandering te ondergaan, bv. MRI-, CT- of PET-skandering? Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6: Mediese besonderhede (vervolg)

6.2 (vervolg)

6.2.6 **Geestesversteurings**, bv. depressie, angs, paniek aanvalle, skisofrenie, eetversteurings, ADHD, spanning, post-traumatiese stres sindroom of dwelm- of alkoholmisbruik?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.7 **Oor-, neus-, keel- of oogaandoenings**, bv. swak sig, katarakte, gloukoom, retinitis, aandoenings van die horingvlies, gehoorverlies, oorinfeksie (otitis media), mangelontsteking, adenoiditis, oorafskeiding of allergieë?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.8 Aandoenings of siektes van die vel, spiere, beendere, gewigte, ledemate of ruggraat, bv. enige veluitslag, artritis, jig, fibromialgie, enige rug-, nek-, heup, knie of ander gewrigsprobleme of -vervangings, veelvuldige sklerose, aknee, ekseem of psoriase?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.9 **Diabetes, suiker in die urien, skildklier- of enige ander klieraandoenings**, bv. anemie, bloedaandoenings, groei-afwyking, Cushing se siekte of Addison se siekte?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.10 **Kanker**, 'n gewas of tumor van enige aard, insluitend moesies verwyder (kwaadaardig/goedaardig)? Dui asseblief aan of hierdie kwaadaardig was.

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.11 Ontvang jy of enige van jou afhanklikes tans enige spesialis tandheelkundige of maxillo gesigsbehandeling?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.12 Neem jy of jou afhanklikes huidiglik deurlopend medikasie vir enige toestand wat nie in enige ander vraag voorkom nie?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.13 Is jy of jou afhanklikes opgeneem in enige hospitaal of geopereer (beserings opgedoen in 'n ongeluk of voertuigongeluk ingesluit) in die laaste 12 maande?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.14 Beplan of wag jy of jou afhanklikes om 'n operasie te ondergaan of om opgeneem te word in enige hospitaal binne die volgende 12 maande?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.15 Is daar enige ander toestand of simptome, wat nie in besonderhede bespreek is in enige ander vraag nie, waarvoor mediese advies, diagnose, sorg of behandeling reeds voorgestel of ontvang is deur jou of jou afhanklikes, of wat potensieel kan aanleiding gee tot 'n mediese eis binne die volgende 12 maande?

Ja Nee

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6: Mediese besonderhede (vervolg)

6.2 (vervolg)

Vrae 6.2.16 tot 6.2.17 is van toepassing op vroulike aansoekers

6.2.16 Het jy of enige van jou afhanklikes enige van die volgende simptome of toestande gehad: abnormale papsmeer of mammoogram uitslae, oormatige/abnormale bloeding, bekkenpyne, endometriose, eierstoksiste, fibroïde, onvrugbaarheid, aandoenings van die baarmoedernek, onlangs menstruele periode gemis of ongewone menstruele siklus ervaar of vermoed jy dat jy dalk swanger is?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

Naam van lid	Toestand en datum gediagnoseer	Naam van medikasie	Word jy tans behandel?	Datum van laaste behandeling/simptome	Behandelende dokter

6.2.17 Is jy of enige van jou afhanklikes tans swanger?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

7: Opsiekeuse

Belangrike nota: Jou opsiekeuse mag slegs verander word met effek vanaf 1 Januarie elke jaar, deur 'n opsiekeuse-vorm in te dien voor die einde van November van die voorafgaande jaar.

Ingwe-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese en Dag-tot-dag verskaffer	Salaris
<input type="checkbox"/>	Staatshospitale	Ingwe Primêresorg Netwerk	R14 601+
<input type="checkbox"/>	Ingwe Netwerk	Ingwe Primêresorg Netwerk	R10 251 - R14 600
<input type="checkbox"/>	Enige hospitaal	Ingwe Active Netwerk	R7 751 - R10 250
<input type="checkbox"/>			R776 - R7 750
<input type="checkbox"/>			≤ R775

Dokter se praktyknommer:

Dokter se praktyknaam:

* Indien minder as R14 601, voltooi asseblief die **Verklaring van Inkomste**

Jy moet 'n dokter nomineer op die lys van Momentum Medical Scheme Ingwe of Ingwe Active Netwerk dokters (na aanleiding van die netwerk wat jy gekies het) vir al jou dag-tot-dag en chroniese gesondheidsorg behoeftes. Gaan asseblief na momentummedicalscheme.co.za om die lys van dokters te besigtig, of skakel ons by 0860 11 78 59.

Evolve-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese verskaffer
<input type="checkbox"/>	Evolve Netwerk	Staat

Custom-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese verskaffer
<input type="checkbox"/>	Enige hospitaal	Enige
<input type="checkbox"/>	Associated-hospitale	Associated-algemene praktisyn en koerier-apteke
<input type="checkbox"/>		Staat

Incentive-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese verskaffer	Spaar: 10%
<input type="checkbox"/>	Enige hospitaal	Enige	
<input type="checkbox"/>	Associated-hospitale	Associated-algemene praktisyn en koerier-apteke	
<input type="checkbox"/>		Staat	

Extender-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese verskaffer	Spaar: 25%
<input type="checkbox"/>	Enige hospitaal	Enige	
<input type="checkbox"/>	Associated-hospitale	Associated-algemene praktisyn en koerier-apteke	
<input type="checkbox"/>		Staat	

Betaal dag-tot-dag eise teen:

Oplooptarief Tot 200% van die Momentum Medical Scheme Tarief

Summit-opsie	Hospitaalverskaffer	Chroniese en dag-tot-dag verskaffer
<input type="checkbox"/>	Enige hospitaal	Vrye keuse

8: Bankbesonderhede vir betaling van bydraes

Jy hoef nie hierdie afdeling te voltooi indien jou werkgewer jou Momentum Medical Scheme-bydraes betaal nie, aangesien jou werkgewer reeds bankbesonderhede op die maatskappy aansoekvorm voltooi het.

(Moet asseblief nie kredietkaartbesonderhede verskaf nie. Momentum Medical Scheme mag nie jou kredietkaartbesonderhede op rekord hou nie.)

Naam van rekeninghouer	<input type="text"/>		
Naam van bank	<input type="text"/>		
Rekeningnommer	<input type="text"/>		
Soort rekening	<input type="text" value="Lopend/Tjek"/>	<input type="text" value="Spaar"/>	<input type="text" value="Transmissie"/>
Takkode	<input type="text"/>	Taknaam	<input type="text"/>
Begindatum	<input type="text" value="0 1 M M J J J J"/>		

Notas:

- Die aftrekdatum is die eerste werksdag van die maand.
- Die verkorte naam, soos geregistreer by die bank, wat op jou staat sal verskyn, is MomMedSch, gevolg deur jou groepnommer. Jou groepnommer sal uitgereik word na aktivering van jou lidmaatskap.

9: Goedkeuring vir die invordering van bydraes

Dit is verpligtend vir alle bydraebetalers om hierdie afdeling in te vul.

Volgens hierdie kontrak mag Momentum Medical Scheme bogenoemde rekening met die bedrag betaalbaar debiteer, in ooreenstemming met Momentum Medical Scheme se debietorderstelsel. Momentum Medical Scheme sal jou bankrekening op die eerste werksdag van elke maand met die bydrae verskuldig debiteer. Ek verstaan dat Momentum Medical Scheme-bydraes vooruitbetaalbaar is, en afhangende van die datum waarop my lidmaatskap aktiewe is en my aanvangsdatum, mag daar meer as een bydrae betaalbaar wees aan die Skema. Ek mag hierdie mandaat kanselleer en binne 30 dae via ander metodes betaal. As ek hierdie mandaat kanselleer, bly ek verantwoordelik om alle bedrae wat aan Momentum Medical Scheme verskuldig is, te betaal terwyl dit van krag was.

Indien 'n **individu** se rekening gedebiteer moet word, teken asseblief hieronder:

Indien 'n derde party* se bankbesonderhede gebruik word, verskaf asseblief 'n afskrif van hul ID dokument.

*Toestemming van derde party:

Ek (naam en van)	<input type="text"/>
ID nommer	<input type="text"/>

gee toestemming dat Momentum Medical Scheme hierdie lid se bydraes van my bankrekening aftrek.

Handtekening van hooflid of derde party (indien van toepassing)	<input type="text"/>	Datum	<input type="text" value="D D M M J J J J"/>
--	----------------------	--------------	--

9: Goedkeuring vir die invordering van bydraes (vervolg)

Indien 'n **maatskappyrekening** gedebiteer word:

- Ek/ons waarborg dat die hooflid (soos genoem in hierdie aansoekvorm) wel 'n werknemer van ons maatskappy is.
- Momentum Medical Scheme mag ons rekening debiteer vir die bedrag verskuldig vir hierdie lid in dieselfde manier as vir ander lede wat vir ons organisasie werk.

Naam	<input type="text"/>
Pos in maatskappy	<input type="text"/>

Handtekening van rekeninghouer/ Gemagtigde handtekening	<input type="text"/>	Datum	<input type="text" value="D D M M J J J J"/>
Stempel van maatskappy	<input type="text"/>		

10: Bankbesonderhede vir terugbetaling van eise aan die lid

Jy, as die hooflid, moet hierdie afdeling onderteken indien 'n derde party se bankbesonderhede gebruik word vir die terugbetaling van eise. Indien 'n derde party se rekeningbesonderhede gebruik word, moet 'n afskrif van hul ID dokument ook verskaf word.

Merk hierdie blokkie indien ons dieselfde bankbesonderhede kan gebruik as wat verskaf is vir jou Momentum Medical Scheme-bydraes.

Indien nie, voltooi asseblief die bankbesonderhede hieronder.

(Moet asseblief nie kredietkaartbesonderhede verskaf nie. Momentum Medical Scheme mag nie jou kredietkaartbesonderhede op rekord hou nie.)

Naam van rekeninghouer	<input type="text"/>		
Naam van bank	<input type="text"/>		
Rekeningnommer	<input type="text"/>		
Soort rekening	<input type="text"/> Lopend/Tjek <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Spaar <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Transmissie <input type="checkbox"/>
Takkode	<input type="text"/>	Taknaam	<input type="text"/>

Handtekening van hooflid

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

11: Toestemming vir Momentum Medical Scheme om persoonlike inligting te verwerk

Ons versoek jou toestemming om jou persoonlike inligting van enige ander persoon te verkry en te verwerk vir die onderstaande doeleindes. Terwyl jou toestemming vrywillig is, is dit 'n vereiste vir jou Momentum Medical Scheme-lidmaatskap.

Momentum Medical Scheme en die Administrateur, Momentum Health Solutions (Edms Bpk), 'n afdeling van Momentum Metropolitan Beherend Beperk, sal jou persoonlike inligting vertroulik hou en sal voldoen aan die Wet op die Beskerming van Persoonlike Inligting, 2013, wanneer ons jou persoonlike inligting verwerk. Jou persoonlike inligting sal verwerk word vir die doel van die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998.

As jy nie die vereiste persoonlike inligting verskaf of jy nie bereid is om te stem tot die verwerking van jou persoonlike inligting nie, sal Momentum Medical Scheme nie in staat wees om jou lidmaatskap van die mediese skema te administreer of te bied nie.

Lees asseblief die onderstaande stellings en teken om te bevestig dat jy dit aanvaar:

1. Ek magtig en gee toestemming aan Momentum Medical Scheme en die Administrateur om my persoonlike inligting, insluitend gesondheidsinligting, en dié van my afhanklikes te versamel, op te soek, bymekaar te maak, te verwerk, te deel en verder te verwerk, vir die doel van my Momentum Medical Scheme-lidmaatskapsrisikoprofiel en bestuur, en administrasie van my lidmaatskap soos uiteengesit in hierdie afdeling.
2. Indien jy ingestem het om jou persoonlike inligting te verstrek aan enige ander entiteit of persoon (persoon beteken enige natuurlike of juridiese persoon, firma, maatskappy, korporasie, staat, agentskap of staatsorganisasie, assosiasie, trust of vennootskap, hetsy met of sonder regs persoonlikheid) of indien 'n kontraktuele verhouding bestaan tussen Momentum Medical Scheme of die Administrateur wat dit nodig maak vir Momentum Medical Scheme of die Administrateur om jou persoonlike inligting te verstrek aan enige ander persoon, mag Momentum Medical Scheme of die Administrateur dit doen.
3. Ek erken dat ek Momentum Medical Scheme en die Administrateur alle inligting en bewyse wat hulle van tyd tot tyd benodig, moet gee. Ek magtig Momentum Medical Scheme en die Administrateur om van enige persoon, insluitende enige mediese dokter of ander gesondheidsorgverskaffer wat my of my afhanklikes in die verlede bygestaan het, of wat in die toekoms aan my of my afhanklikes sal sorg verleen, enige inligting wat Momentum Medical Scheme van my of enige van my afhanklikes mag vereis om enige risiko of eis te evalueer in verband met hierdie aansoek, my lidmaatskap van Momentum Medical Scheme en risikoprofiel of bestuur. Ek stem in, en vereis van, so 'n persoon om hierdie inligting op versoek te verskaf. Ek doen afstand van die bepalings van enige wet of regulasie wat die openbaarmaking van hierdie inligting beperk.
4. Ek het die reg om my toestemming te onttrek om my persoonlike inligting te verwerk, mits die wettigheid van die verwerking van my persoonlike inligting voor my onttrekking nie geraak sal word nie.
5. Ek het die reg om beswaar op redelike gronde aan te teken met betrekking tot my spesifieke situasie, tot die verwerking van my persoonlike inligting, tensy verwerking deur die wet vereis word.
6. Ek het die reg om my persoonlike inligting wat in die besit van Momentum Medical Scheme en die Administrateur is, te versoek, mits ek voldoende identifikasie verskaf.
7. Ek het die reg om Momentum Medical Scheme en die Administrateur te versoek waar nodig, om my persoonlike inligting wat onakkuraat, irrelevant, oormatig, verouderd, onvolledig, misleidend of onwettig is, reg te stel of te verwyder.
8. As ek 'n klagte het rakende die verwerking van my persoonlike inligting, stem ek in om dit eers na die Skema te verwys om dit ingevolge hul interne klagteproses te hanteer. As ek nie tevrede is met die uitslag van die klagteproses nie, verstaan ek dat ek die klagte na die Inligtingsreguleerder kan verwys, wat gekontak kan word by 010 023 5207 of per e-pos by inforeg@justice.gov.za of POPIAComplaints.IR@justice.gov.za.
9. My persoonlike inligting sal gedeel word deur Momentum Medical Scheme, die administrateur, enige filiale binne Momentum Metropolitan Beherend Beperk by wie ek finansiële of versekeringsprodukte het, insluitend aanvullende produkte en gekontrakteerde derde partye plaaslik en buite die Republiek van Suid-Afrika, wat hierdie inligting benodig vir doeleindes wat verband hou met my lidmaatskap van Momentum Medical Scheme, en
 - om my toegang te verleen tot interaksie met Momentum Medical Scheme op sy webwerf, om 'n gekonsolideerde oorsig van my produkte by Momentum Metropolitan Beherend Beperk te verkry en ten einde verslae of verklarings, insluitend gekonsolideerde verslagdoening, te kan ontvang; en
 - om enige kredietburo of geregistreerde kredietverskaffer te verskaf met my kredietinligting soos omskryf in die Nasionale Kredietwet, 2005 (kredietinligting sluit byvoorbeeld in my kredietgeskiedenis, finansiële geskiedenis, betalingsmetode of wanbetaling onder enige kredietooreenkomste, skuldrekening -reëlingsreëlings of oordele verkry vir uitstaande skuld).
10. Ek stem saam dat Momentum Medical Scheme se Administrateur, Momentum Health Solutions (Edms Bpk), 'n afdeling van Momentum Metropolitan Beherend Beperk, my inligting kan gebruik vir die doel van bemarking (insluitende direkte bemarking) van versekering, beleggings, gesondheidsversekering, aftree-voordele, ander finansiële dienste en gesondheidsverwante produkte wat deur Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale aangebied word. Merk hier as jy nie direkte bemarking wil ontvang nie.

Handtekening van hooflid

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

12: Bepalings en voorwaardes

1. Ek doen aansoek vir my en my afhanklikes om by Momentum Medical Scheme (die Skema), wat deur Momentum Health Solutions (Edms) Bpk. (Administrateur) geadmineer word, aan te sluit en stem in om my vertrouwd te maak met en gebind te word deur die reëls van die Skema (die Reëls) indien my aansoek om lidmaatskap aanvaar word. Ek verstaan dat ek mag vra om die reëls te ondersoek en dat die Reëls in die geval van 'n geskil beslissend sal wees.
2. Ek erken dat indien ek en my afhanklikes nie al die inligting openbaar wat vir die beoordeling van hierdie aansoek relevant is nie, dit enige kontrakte waarop hierdie aansoek betrekking het, nietig maak. Ek verbeur dan ook enige bydraes wat ek aan die Skema betaal het, of die Skema kan na eie goeddunke betalings wat aan my of enige diensverskaffer namens my betaal is, terugeis.
3. Ek sal die Skema in kennis stel van enige veranderings aan enige faktore waarop die Skema sy assessering van risiko baseer het (my gesondheidstatus ingeslote) na die datum waarop hierdie aansoekvorm voltooi is en voor my datum van aansluiting. Ek aanvaar dat versuim om dit te doen my kontrak met die Skema sal nietig maak. In so 'n geval het die Skema die reg om enige bedrae wat dit ingevolge bogenoemde kontrak aan my of enige persoon namens my of my afhanklikes betaal het, terug te eis.
4. Ek verstaan dat hierdie aansoekvorm geldig is vir slegs 30 dae na ek dit geteken het.
5. Ek is daarvan bewus dat hierdie aansoekvorm slegs oorweeg sal word indien bewys van identiteit vir my en my afhanklikes daarmee saam verskaf word.
6. As lid is dit my uitsluitlike verantwoordelikheid om seker te maak dat die Skema my maandelikse bydrae ontvang, asook enige ander bedrae deur my aan die Skema verskuldig.
 - My mediese voordele en kontrak sal opgeskort word indien my bydraes nie betaal is nie. Die opskorting sal geld totdat ek alle uitstaande bydraes betaal het.
 - Ek verstaan dat terwyl my kontrak opgeskort is, die Skema nie sal betaal vir eise verwant aan dienste gelewer gedurende die tydperk waartydens my lidmaatskap opgeskort is nie.
 - Ek verstaan dat ek aanspreeklik sal wees vir die betaling van bydraes terwyl my lidmaatskap opgeskort is.
 - Versuim om meer as een bydrae te betaal sal lei tot die kansellering van my Skema lidmaatskap.
 - Versuim om enige bedrae verskuldig aan die Skema te betaal sal daartoe lei dat my lidmaatskap opgeskort en uiteindelik gekanselleer sal word, en dat my skuld aan 'n derde party oorhandig sal word vir invordering.
7. Indien my werkgewer verantwoordelik is vir die betaling van my mediese skema bydraes, gee ek my werkgewer toestemming om:
 - enige bedrae verskuldig aan die Skema van tyd tot tyd af te trek van my vergoeding (en enige ander bedrae verskuldig aan my), en
 - sodanige bedrae aan die Skema te betaal

Ek gee ook toestemming en opdrag aan enige persoon (soos my werkgewer, 'n pensioen- of voorsorgfonds) wat na beëindiging van my diens, fondse namens my hou, om die bedrae waarna die eerste sin van hierdie klousule verwys, aan die Skema te betaal en voort te gaan om dit te betaal soos en wanneer dit verskuldig is. Ek verstaan verder dat ek aanspreeklik sal wees vir enige regskostes wat enige party mag aangaan om enige bedrag wat ek aan die Skema skuld, in te vorder.
8. Ek onderneem om alle bedrae wat ek aan die Skema verskuldig is, op aanvraag te betaal. Versuim om enige skuld te betaal sal lei tot die opskorting en uiteindelijke kansellering van my lidmaatskap en die oorhandiging van my skuld aan 'n derde party vir invordering (verwys na punt 6).
9. Ek besef dat ek bewyse van my gesondheid en dié van my afhanklike/s moet indien aan die Skema en dat die Skema voordele vir enige spesifieke aandoening, siekte, versteuring, toestand of ongeskiktheid wat bestaan vir 'n tydperk van tot twaalf (12) maande voor my aansoek om aan te sluit by die Skema, mag beperk of uitsluit.
10. Ek aanvaar dat die Skema die reg het om 'n drie-maande algemene wagtydperk, 'n twaalf-maande-uitsluiting van 'n voorafbestaande toestand; en/ of 'n bydraeboete vir laat toetreders toe te pas, waar van toepassing.
11. Ek onderneem om die Skema in te lig indien ek of enige van my afhanklikes met MIV/Vigs leef binne 14 dae vanaf aktivering van lidmaatskap (sien afdeling 6 op bladsy 4).
12. Ek onderneem om die Skema ten minste 48 uur voor die tyd in kennis te stel indien ek of enige van my afhanklikes hospitalisasie benodig (noodgevalle uitgesluit). Ek erken dat die versuim van so 'n kennisgewing sal lei tot 'n bybetaling wat toegepas sal word soos vervat in die Skemareëls.
13. Indien ek my lidmaatskap wil beëindig en/of die lidmaatskap van my afhanklikes wil beëindig, onderneem ek om een kalendermaand kennis te gee.
14. Ek onderneem om die nodige toestemming te verkry van enige van my afhanklikes vir wie hierdie voorwaardes mag geld en vrywaar hiermee die Skema en/of die Administrateur teen enige eis wat mag ontstaan as gevolg van my versuim om dit te doen.
15. Die woorde wat in hierdie aansoek gebruik word, het die betekenis wat die Reëls daaraan verleen.
16. Ek stem in tot die opneem van alle gesprekke tussen my en die Skema of die Administrateur en alle inligting wat deur hierdie gesprekke verkry word, maak deel uit van die Skema en die Administrateur se rekords. Ek stem ook in dat al hierdie rekords die alleeneienskap van die Skema en die Administrateur bly.
17. Ek erken dat die finansiële adviseur wat ek tereg aangestel het toegang sal hê tot my lidmaatskapinligting en dat hierdie toegang van krag sal wees totdat ek die Skema inlig dat ek van finansiële adviseur verander het.
18. Ek verstaan dat ek volledige en breedvoerige inligting moet verskaf, selfs as ek dit reeds verskaf het vir ander polisse wat verskaf word deur enige filiaal van die Momentum Metropolitan Beherend Beperk.
19. **Die antwoorde wat ek in hierdie aansoekvorm verstrek het, is volledig, breedvoerig en waar. Ek verstaan dat my antwoorde op hierdie vorm die grondslag sal vorm van my lidmaatskap indien ek en my afhanklikes aanvaar word as lede van die Skema. Ek verstaan dat dit my verantwoordelikheid is om seker te maak dat die besonderhede in hierdie aansoek verskaf waar en volledig is vir myself en my afhanklikes, selfs as hierdie aansoek voltooi is deur my finansiële adviseur, of enige ander derde party namens my.**

12: Bepalings en voorwaardes (vervolg)

Moet Momentum Medical Scheme jou begindatum of terme van aanvaarding bevestig voordat jou lidmaatskap geaktiveer word? *

Ja

Nee

* Daar word van jou verwag om 'n aanvaardingsbrief te teken voordat jou lidmaatskap in werking tree, indien 'n wagtydperk of 'n bydraeboete vir laat toetreding van toepassing is op jou lidmaatskap.

Geteken te

Begindatum*

0	1	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Jou begindatum kan nie terugwerkend wees nie. Jou lidmaatskap mag slegs op die eerste dag van die volgende maand begin, of op die eerste dag van die daaropvolgende maand

* Onthou om ons te verwittig sou enige inligting wat op hierdie vorm verskaf is, verander tussen die datum van voltooiing en die begindatum van jou lidmaatskap

Handtekening van hooflid

Datum

D	D	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Belangrike notas:

- Jy het die keuse om gebruik te maak van bykomende produkte, beskikbaar vanaf Momentum Metropolitan Beherend Beperk (Momentum), om ekstra waarde naatloos toe te voeg tot jou mediese dekking. Momentum is nie 'n mediese skema nie, en is 'n entiteit wat onafhanklik van Momentum Medical Scheme bestaan. Hierdie bykomende produkte is nie mediese skema-voordele nie. Jy kan 'n lid van Momentum Medical Scheme wees sonder dat jy enige bykomende Momentum-produkte uitneem.
- As jy kies om enige van hierdie produkte uit te neem, voltooi asseblief die kontrakbesonderhede vir elke produk wat jy nodig het.

1: Multiply-kontrakbesonderhede

1.1

Merk hierdie blokkie indien jy by Multiply Premier wil aansluit.

2022 Multiply Premier lidmaatskapfooi:

- Enkellid
- Gesin van twee
- Gesin van drie of meer

Jy kan kies wie van jou afhanklikes jy by jou Multiply Premier-lidmaatskap wil insluit (afhanklikes moet op jou mediese fonds geregistreer wees).

Neem asseblief kennis dat as jy nie hierdie afdeling voltooi nie, sal jou lidmaatskapfooi outomaties gebaseer word op die lede wat op jou mediese fonds geregistreer is.

Naam	Van	Geboortedatum	Verhouding tot hooflid
		D D M M J J J J	
		D D M M J J J J	
		D D M M J J J J	
		D D M M J J J J	
		D D M M J J J J	

1.2

Jy hoef slegs hierdie afdeling te voltooi indien jy nie 'n Suid-Afrikaanse ID nommer het nie. Verskaf asseblief 'n afskrif van jou paspoort.

Hooflid

Paspoortnommer

Datum van uitreiking Vervaldatum

Land van uitreiking

Nasionaliteit

Belastingverwysingsnommer

Land waarin belasting betaal word

Gade of vennoot (indien van toepassing)

Paspoortnommer

Datum van uitreiking Vervaldatum

Land van uitreiking

Nasionaliteit

Belastingverwysingsnommer

Land waarin belasting betaal word

1: Multiply-kontrakbesonderhede (vervolg)

1.3 Finansiële adviseur vir Multiply-lidmaatskap

Voltooi asseblief hierdie besonderhede indien die kommissie tussen finansiële adviseurs gedeel moet word.

Naam	Finansiële adviseurkode	Makelaarhuiskode	Kommissieverwysingsnr.	Kommissieverdeling %

Handtekening van finansiële adviseur	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Handtekening van finansiële adviseur	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2: HealthSaver-kontrakbesonderhede

Jy kan hierdie rekening gebruik soos dit jou pas om voorsiening te maak vir bykomende gesondheidsorguitgawes.

Jou HealthReturns sal in jou HealthSaver-rekening betaal word.

2.1 FICA-verifikasie

Ingevolge die Wet op Finansiële Intelligensie (FICA) moet ons FICA-verifikasie suksesvol uitvoer voordat ons die HealthSaver-rekening aktiveer.

Indien 'n derde party jou HealthSaver-bydrae betaal, is FICA ook vir die derde party nodig.

Ons benodig dus die volgende inligting:

- ID/paspoortnommer vir die hooflid
Indien paspoort, bevestig die land waarin dit uitgereik is en verskaf 'n afskrif van die paspoort.
- ID/paspoortnommer vir die bydraebetalder indien anders as die hooflid
Indien paspoort, bevestig die land waarin dit uitgereik is en verskaf 'n afskrif van die paspoort.
- Maatskappynaam en –registrasienuommer indien 'n maatskappy die bydraebetalder gaan wees (slegs benodig waar 'n maatskappy-aansoekvorm nie voltooi en ingehandig is nie).
Naam van maatskappy
Registrasienuommer van maatskappy
- As die bydrae betaal word deur 'n trust op grond van 'n testamentêre beskikking, kragtens 'n hofbevel, ten opsigte van persone onder kuratorskap, of deur die trustee van 'n aftreefonds ten opsigte van voordele betaalbaar aan die begunstigdes van daardie aftreefonds, benodig ons:
 - 'n afskrif van die trustakte vir plaaslike trusts, of
 - 'n owerheidsbrief of ander amptelike dokument van 'n bevoegde trustregistrerende owerheid in die buitelandse jurisdiksie vir buitelandse trusts.

Vir alle ander trusts benodig ons die naam en ID/paspoortnommer vir elke trustee:

Naam van trustee	ID/paspoortnommer	Indien paspoort, bevestig die land waarin dit uitgereik is en verskaf 'n afskrif van die paspoort.
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

Bron van fondse vir die betaling van bydraes Inkomste (salaris, kommissie en huur) Dividende, rente en dividendinkomste

Pensioen- of voorsorgfonds, uitree-annuïteit en ander annuïteit Ander

Indien ander, verskaf asseblief besonderhede

2.2 HealthSaver

Merk asseblief hierdie blokkie indien jy wil aansoek doen vir jou HealthSaver-rekening.

2.3 Maandelikse HealthSaver bydraes

Merk hierdie blokkie as jy wil begin bydraes maak in jou HealthSaver-rekening en voltooi die verkose bedrag hieronder:

Maandelikse bedrag R Minimum van R100 per maand

Bo en behalwe die maandelikse bydraes wat jy in jou HealthSaver-rekening betaal, kan jy enige bykomende betalings deponeer deur middel van 'n elektroniese transaksie.

2: HealthSaver-kontrakbesonderhede (vervolg)

2.4 Aansoek om krediet

Merk hierdie blokkie indien jy wil aansoek doen vir krediet op die bogenoemde maandelikse bedrag en verskaf die inligting hieronder.

Kredietbeoordelingsinventaris. Ons sal hierdie inligting gebruik om 'n kredietkontrole uit te voer.

Waar nodig sal ons jou geskrewe goedkeuring aanvra ten einde krediet aan jou te kan verleen.

Gesamentlike bruto maandelikse huishoudelike inkomste subtotaal R

Gesamentlike maandelikse huishoudelike uitgawes

a) Diskresionêre uitgawes (bv. fliëks, restaurant etes) R

b) Kontrakuitgawes (bv. motorpaaielemente, huur, huisverband) R

Uitgawes subtotaal R

Netto maandelikse inkomste R

Inligting oor die kredietverskaffer

Ingevolge die regulasies van die Nasionale Kredietwet, Wet 34 van 2005, moet die volgende inligting verskaf word.

NKR nommer NCR CP 173
Naam van kredietverskaffer Momentum Metropolitan Lewens Beperk
Fisiese adres Weslaan 268
Centurion
Gauteng
0157
Kontaknommer 0860 11 78 59
Weeksdae: 08:00 tot 17:00

2: HealthSaver-kontrakbesonderhede (vervolg)

2.5 Betaling van eise

Binne-hospitaal eise:

Merk hierdie blokkie indien jy nie wil hê dat enige betalingstekorte vir eise verwant aan dienste wat binne-hospitaal gelewer is, uit jou HealthSaver-fondse betaal moet word nie.

Dag-tot-dag voordele:

Jy kan kies hoe jou dag-tot-dag eise betaal moet word vanuit jou HealthSaver-fondse.

Merk hierdie blokkie indien jy wil hê dat jou eise ten volle betaal moet word.

Merk hierdie blokkie indien jy wil hê dat jou eise betaal moet word tot en met 200% van die Momentum Medical Scheme Tarief.

2.6 Multiply Money-kaart

Jy kan aansoek doen om 'n Multiply Money-kaart as jy 'n geldige Suid-Afrikaanse ID-nommer het.

As jy verkies om nie aansoek te doen vir die Multiply Money-kaart nie, kan jy egter steeds aansoek doen vir 2 kaarte vir jou afhanklikes wie op jou mediese fonds geregistreer is.

As jy aansoek doen vir 'n Multiply Money-kaart, is die volgende fooie van toepassing:

- Kaartuitreikingsfooi R100.00
- Jaarlikse HealthSaver kaartfooi R180.00
- Maandelikse fooi vir sekondêre kaarthouer op HealthSaver R12.50
- Verander PIN R2.00
- Afgewysde transaksies R4.00
- Onsuksesvolle kaartafleweringsfooi R99.00
- Dringende kaartafleweringsfooi R99.00

Alle kaartfooie sal vanuit jou HealthSaver-rekening gedebiteer word. Hierdie fooie kan elke jaar in Januarie verander word. Die jongste fooie kan op multiply.co.za gevind word.

2: HealthSaver-kontrakbesonderhede (vervolg)

2.6 Multiply Money-kaart (vervolg)

Rekeninghouer: As die hooflid sal jy die rekeninghouer wees

Merk hierdie blokkie as jy (die rekeninghouer) vir 'n Multiply Money-kaart wil aansoek doen

Merk hierdie blokkie as jy 'n addisionele Multiply Money-kaart wil hê

Bykomende kaarthouer

Titel	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Naam	<input type="text"/>		
Van	<input type="text"/>						
Vorige van	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>	Manlik	<input type="text"/>	Vroulik	<input type="text"/>
ID-nommer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paspoortnommer	<input type="text"/>						
Datum van uitreiking	<input type="text"/>	Vervaldatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land van uitreiking	<input type="text"/>						
Nasionaliteit	<input type="text"/>						
Belastingverwysingsnommer	<input type="text"/>						
Land waarin belasting betaal word	<input type="text"/>						
Telefoon - huis	<input type="text"/>	Telefoon - werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selfoonnommer*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>						

Merk hierdie blokkie indien jy 'n addisionele Multiply Money-kaart wil hê

Bykomende kaarthouer

Titel	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>	Naam	<input type="text"/>		
Van	<input type="text"/>						
Vorige van	<input type="text"/>	Geslag	<input type="text"/>	Manlik	<input type="text"/>	Vroulik	<input type="text"/>
ID-nommer	<input type="text"/>	Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paspoortnommer	<input type="text"/>						
Datum van uitreiking	<input type="text"/>	Vervaldatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Land van uitreiking	<input type="text"/>						
Nasionaliteit	<input type="text"/>						
Belastingverwysingsnommer	<input type="text"/>						
Land waarin belasting betaal word	<input type="text"/>						
Telefoon - huis	<input type="text"/>	Telefoon - werk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selfoonnommer*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-posadres	<input type="text"/>						

*Ons kan nie jou aansoekvorm vir die Multiply Money-kaart verwerk sonder 'n geldige selfoonnommer nie.

3: Adviesfooi kontrakbesonderhede

Merk hierdie blokkie as jy Adviesfooi wil insluit.

Kies een van die volgende Adviesfooi opsies:

Standaard maandelikse bedrag R51 R95 R126 R150 Verhogingsopsie Jaarliks hersien

4: Besonderhede van bydraebetalers

Dui asseblief die bydraebetalers aan vir elkeen van die komplementêre produkte waarvoor aansoek gedoen word:

Bydraebetalers	Multiply	HealthSaver	Adviesfooi
Hooflid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maatskappy (soos per maatskappy aansoekvorm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4: Besonderhede van bydraebetaler (vervolg)

(Moet asseblief nie kredietkaartbesonderhede verskaf nie. Momentum mag nie jou kredietkaartbesonderhede op rekord hou nie.)

Naam van rekeninghouer	<input type="text"/>											
Naam van bank	<input type="text"/>											
Rekeningnommer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soort rekening	<input type="text" value="Lopend/Tjek"/>				<input type="text" value="Spaar"/>				<input type="text" value="Transmissie"/>			
Takkode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taknaam	<input type="text"/>			
Bedrag	<input type="text" value="HealthSaver R"/>				<input type="text" value="Adviesfooi R"/>				<input type="text" value="Multiply R"/>			
Begindatum	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>				

Let daarop dat die bykomende produkte slegs geaktiveer sal word indien jou Momentum Medical Scheme-lidmaatskap suksesvol geaktiveer word.

Notas:

- Die aftrekkingsdatum is die eerste werksdag van die maand.
- Die verkorte naam soos geregistreer by die bank, wat op jou bankstaat sal weerspieël, is:
 - HealthSaver: Health Sav gevolg deur jou lidmaatskapnommer
 - Adviesfooi: Advice Fee DB gevolg deur jou lidmaatskapnommer
 - Multiply: Momentum gevolg deur jou lidmaatskapnommer

5: Goedkeuring vir die invordering van bydraes

Hierdie afdeling moet deur alle bydraebetalers voltooi word.

Volgens hierdie kontrak mag Momentum bogenoemde rekening debiteer met die bedrag betaalbaar per komplementêre produk. Ek stem in om Momentum skriftelik in kennis te stel van enige veranderinge wat mag plaasvind. Ek magtig hiermee Momentum om bogenoemde besonderhede by die finansiële instelling na te gaan. Ek aanvaar dat Momentum die rekening mag debiteer op 'n ander datum as wat gespesifiseer is. Ek aanvaar dat versuiming om hierdie bedrag, wat verskuldig- en betaalbaar is binne 30 dae vanaf die sperdatum, te betaal, sal lei tot beëindiging van die kontrak. Ek mag hierdie mandaat binne 30 dae kanselleer en via ander metodes betaal. Indien ek hierdie mandaat kanselleer, is ek steeds verantwoordelik vir die bedrag wat aan Momentum verskuldig was terwyl dit in stand was.

Indien 'n **individu** se rekening gedebiteer moet word, teken asseblief hieronder:

Indien 'n derde party* se bankbesonderhede gebruik word, verskaf asseblief 'n afskrif van hul ID dokument.

*Toestemming van derde party:

Ek (naam en van)	<input type="text"/>
ID nommer	<input type="text"/>

gee toestemming dat Momentum hierdie lid se bydraes van my bankrekening aftrek.

Handtekening van hooflid of derde party (indien van toepassing)	<input type="text"/>	Datum	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>
--	----------------------	--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Indien 'n **maatskappy** rekening gedebiteer word:

- Ek/ons waarborg dat die hooflid (soos genoem in hierdie aansoekvorm) wel 'n werknemer van ons maatskappy is.
- Momentum mag ons rekening debiteer vir die bedrag betaalbaar vir hierdie lid, in dieselfde manier as vir ander werknemers (lede) van ons maatskappy.

Naam	<input type="text"/>
Pos in maatskappy	<input type="text"/>

Handtekening van rekeninghouer/ Gemagtigde handtekening	<input type="text"/>	Datum	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="D"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="M"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>	<input type="text" value="J"/>
Maatskappy stempel	<input type="text"/>									

6: Bepalings en voorwaardes

Vir die beskerming van persoonlike inligting

Momentum Metropolitan Beherend Beperk is saamgestel uit 'n groep van maatskappye wat die volgende produkte en dienste voorsien:

- finansiële beplanningsdienste, gesondheidsorg-administrasie, versekeringsprodukte, beleggingsprodukte, bestuurde sorg en aftreevoordele.

Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale sal jou persoonlike inligting vertroulik hanteer en sal voldoen aan die Beskerming van Persoonlike Inligting Wet 4 van 2013, tydens die verwerking van jou persoonlike inligting. Ons vra jou toestemming om jou persoonlike inligting te verwerk en jou persoonlike inligting van enige ander persoon te verkry vir die onderstaande doeleindes. Terwyl jou toestemming vrywillig is, is dit 'n vereiste om Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale in staat te stel om die produkte wat hierbo uiteengesit is, aan jou te bied en om die produkte te administreer.

1. Ek bevestig dat ek gemagtig is om toestemming in hierdie afdeling te voorsien namens my afhanklikes.
2. Ek magtig, en gee toestemming aan Momentum Metropolitan Beherend Beperk, om my en my afhanklikes se persoonlike inligting, insluitende gesondheidsbesonderhede, te verwerk, verder te verwerk en te deel met die filiale van Momentum Metropolitan Beherend Beperk, vir die doeleindes van enige produkte en dienste.
3. Ek verstaan dat die persoonlike inligting gedeel sal word vir die volgende doeleindes:
 - Om te kan deelneem aan en al die produkte en dienste wat ek met Momentum Metropolitan Beherend Beperk het, en om dit te kan besigtig op die verskeie webwerwe, insluitend om 'n enkeloorsig van al my produkte binne Momentum Metropolitan Beherend Beperk te geniet.
 - Om my en my afhanklikes se persoonlike en gesondheidsinligting te verskaf aan enige ander instansie binne Momentum Metropolitan Beherend Beperk, waar ek en/of my afhanklikes reeds 'n verhouding het of waar ek en/of my afhanklikes aansoek gedoen het vir 'n produk of voordeel, vir die administrasie, onderskrywing, insluitend finansiële onderskrywing, kredietwaardigheid, kliëntverslagdoening en risikoprofielontleding van my en/of my afhanklikes se produkte of voordele.
 - Om enige kredietburo of geregistreerde kredietverskaffer my kredietinligting te gee soos omskryf in die Nasionale Kredietwet, 2005 (kredietinligting sluit byvoorbeeld my kredietgeskiedenis, finansiële geskiedenis, betalingspatroon of wanbetaling in onder enige kredietooreenkomste, skuldreëlings of uitsprake verkry vir uitstaande skuld).
4. Ek verstaan dat ek die reg het om my toestemming om my persoonlike inligting te verwerk, terug te trek, mits die wettigheid van die verwerking van my persoonlike inligting voor my onttrekking nie geraak sal word nie.
5. Ek verstaan dat ek die reg het om op redelike gronde met betrekking tot my besondere situasie beswaar aan te teken ten opsigte van die verwerking van my persoonlike inligting, tensy die verwerking deur die wet vereis word.
6. Ek verstaan dat, as ek nie die nodige persoonlike inligting verskaf nie, of as ek nie bereid is om in te stem tot die verwerking van my persoonlike inligting nie, Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale my nie die produkte sal kan aanbied of dit kan administreer nie. My persoonlike inligting sal verwerk word ingevolge die Wet op Mediese Skemas 131 van 1998, die Wet op Finansiële Intelligensiesentrum 38 van 2001, die Wet op Finansiële Advies- en Tussengangers 37 van 2002, die Langtermynversekeringswet 52 van 1998 en die Pensioenfondse Wet 24 van 1956.
7. Ek verstaan dat ek die reg het om my persoonlike inligting wat onder die beheer van Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale is, te versoek, mits ek voldoende bewys van identiteit verskaf en aanvaar dat 'n fooi vir hierdie diens gehê kan word.
8. Ek verstaan dat ek die reg het om Momentum Metropolitan Beherend Beperk en sy filiale, waar nodig, te versoek om my persoonlike inligting wat onakkuraat, irrelevant, oormatig, verouderd, onvolledig, misleidend of onwettig is, reg te stel of te verwyder.
9. As ek 'n klage het oor die verwerking van my persoonlike inligting, verstaan ek dat ek dit eers aan Momentum Metropolitan Beherend Beperk moet verwys om dit op te los in terme van hul interne klagtesproses. As ek nie tevrede is met hoe my klage gehanteer en/of opgelos is nie, verstaan ek dat ek die klage kan verwys na die Inligtingsreguleerder, wat ek kan kontak by 010 023 5207 of per e-pos by inforeg@justice.gov.za of POPIAComplaints.IR@justice.gov.za.

Handtekening van hooflid

Datum

D	D	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Vir Multiply

1. Ek, as die hooflid, doen hiermee aansoek om Multiply lidmaatskap, wat deur Momentum Multiply (Edms.) Bpk. geadmineer word. Indien Multiply hierdie aansoek aanvaar, sal dié aansoek dien as bewys dat ek instem om deur die reëls van Multiply gebind te word. Ek onderneem om seker te maak dat ek en die lede op die program ten alle tye die reëls van die program gehoorsaam. Ek neem kennis daarvan dat Multiply Money-voordele aan my gebied sal word as gevolg van my Multiply-lidmaatskap en ek stem daartoe in dat Momentum Multiply my persoonlike inligting verkry en verwerk binne die Momentum Metropolitan Life-Groep en sy filiale, en my persoonlike inligting kan deel met die Groep se derdeparty-diensverskaffers vir die bestuur van Multiply Money-voordele. Ek stem ook in en gee toestemming aan Momentum Multiply om my persoonlike inligting te verwerk vir bedrogvoorkoming, monitering, analitiese hersiening en statistiese doeleindes, waar wettig en redelik.
2. In terme van persoonlike inligting wat deur my verskaf word rakende my lewensmaat of afhanklikes (18 jaar of ouer), bevestig ek dat ek gemagtig is om hul persoonlike inligting aan Momentum Multiply te verskaf ten einde Multiply- en Multiply Money-voordele te bestuur en ek stem in dat Momentum Multiply toestemming van hulle kan versoek met die doel om hul persoonlike inligting te verwerk, om te kommunikeer en vir interaksie met my lewensmaat of afhanklikes (18 jaar of ouer) binne die Momentum Metropolitan Life-Groep, wanneer hulle deelneem aan en gebruik maak van die Multiply-program en Multiply Money.
3. Ek neem kennis daarvan dat Multiply die reg voorbehou om die lidmaatskap waarvoor ek in hierdie vorm aansoek doen, te kanselleer indien ek of enige van die lede enige van die bepalinge en voorwaardes van hierdie ooreenkoms oortree, insluitend die Multiply-programreëls en toepaslike regulasies wat van tyd tot tyd aan verandering onderhewig is.
4. Multiply behou die reg voor om die reëls waarna in 1 hierbo verwys word, en die Multiply-voordele, eensydig te wysig. Enige lede op die verkose plan kan 'n afskrif van die reëls op die Multiply-webwerf (multiply.co.za) of by die Multiply-kliëntkontaksentrum by 0861 88 66 000 kry.
5. Ek stem daartoe in dat Momentum Multiply persoonlike inligting wat deur my, my finansiële adviseur of die Multiply-diensverskaffer ingedien is ten opsigte van alle lede op hierdie program, kan verwerk en behou en dat hierdie inligting binne die Momentum Metropolitan Holdings-Groep en met Multiply-diensverskaffers gedeel kan word om Multiply in staat te stel om Multiply-voordele toe te ken wat verskeie kontantterugbetalings, afslag en punte insluit, asook vir kommunikasie oor die Multiply-program.

Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------
6. Ek verklaar dat ek bewus is van my reg op toegang tot die persoonlike inligting, en die reg om die persoonlike inligting reg te stel, en dat ek die reg het om beswaar te maak teen die verwerking van persoonlike inligting. Ek verklaar dat die persoonlike inligting wat deur my verskaf word, vrywillig gedoen is en dat versuim om sodanige inligting te verskaf, of weiering om in te stem tot die verwerking van persoonlike inligting, kan lei tot 'n onsuksesvolle aansoek.

6: Bepalings en voorwaardes (vervolg)

Vir Multiply

7. Ek gee verder toestemming vir die gebruik van my persoonlike inligting vir die direkte bemarking van goedere en dienste wat deur Momentum Metropolitan Holdings-Groep aangebied word (wat Multiply en Multiply Money insluit).

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nee	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------
8. Ek verstaan dat ek die reg het om toestemming om my persoonlike inligting te verwerk, terug te trek en dat ek Multiply kan skakel by 0861 88 66, indien ek my Multiply-lidmaatskap wil kanselleer. Ek neem kennis daarvan dat die kansellering van my Multiply lidmaatskap nie outomaties die kansellering van my Multiply Money-voordeel beteken nie en ek verstaan dat ek Multiply Money moet nader om my voordele te kanselleer.
9. As ek 'n klagte het oor die produk of dienste wat ek ontvang het, insluitend die verwerking van my persoonlike inligting op die Multiply-beloningsprogram of Multiply Money-voordeel, verstaan ek dat ek dit eers moet verwys na Multiply deur 0861 886 600 te skakel of 'n e-pos te stuur na multiply@momentum.co.za, of Multiply Money deur 0860 11 11 83 te skakel of 'n e-pos te stuur na multiplymoney@multiply.co.za om die klagte deur middel van die interne klagteprosesse op te los. As ek nie tevrede is met die uitslag van die klagteproses nie, verstaan ek dat ek die klagte kan verwys na die Nasionale Verbruikerskommissie deur 012 428 7000 te skakel of 'n e-pos te stuur na complaints@thenc.org.za. As ek nie tevrede is met die oplossing van my klagte omtrent die verwerking van my persoonlike inligting nie, verstaan ek dat ek my klagte by die Inligtingsreguleerder kan indien by 010 023 5200 of per e-pos by inforeg@justice.gov.za.
10. Ek verstaan dat ek verpligte kommunikasie van Momentum Multiply sal ontvang as 'n wettlike vereiste van my lidmaatskap en dat ek in staat is om my kommunikasievoorkeure te hersien en by te werk deur die bepalinge en voorwaardes op die Multiply-webwerf te besoek.

Vir HealthSaver

1. Daar word aanvaar dat ek die Reëls en Voorwaardes wat op HealthSaver van toepassing is, en wat verkry kan word op die webwerf by momentum.co.za, gelees het en verstaan, en beskou myself as onderworpe aan hierdie Reëls en Voorwaardes. Ek stem ook verder in om jaarliks na die Momentum-webwerf (momentum.co.za) te verwys om kennis te neem van die bepalinge en voorwaardes.
2. 'n Jaarlikse administrasiefooi van R40 is betaalbaar in Januarie elke jaar.
3. Ek stel Momentum aan as my agent in terme van die verhaling en inbetaling van alle bydraes ten opsigte van die HealthSaver en om die toepaslike betalings te maak volgens die Reëls en Voorwaardes.
4. Ek:
- bevestig dat Momentum sodoende as my verteenwoordiger optree;
 - aanvaar alle risiko verbode aan die administrasie van die toevertroude fondse deur Momentum, en verstaan dat Momentum verbind is tot voldoening aan die Finansiële Instellings (Beskerming van Fondse) Wet 28 van 2001;
 - sal alle navrae in verband met die HealthSaver rig aan Momentum.
 - onderneem om die inligting wat benodig word vir FICA-doeleindes binne 14 (veertien) dae vanaf my aansoek in te dien. Versuim om die FICA-inligting in te dien sal daartoe lei dat my HealthSaver-aansoek gekanselleer word.

Ek het die bogenoemde klousule gelees en verstaan dit, het die geleentheid gehad om vrae te vra en dit te oorweeg en aanvaar die gevolge daarvan.

Kredietverlening vir aansoeke

1. Ek bevestig dat die inligting hierbo volledig en waar is.
2. Ek begryp dat die inligting wat verskaf word onder Kredietbeoordelingsinventaris 'n netto inkomstebedrag sal oplewer en dat dit sal bepaal of krediet toegestaan sal word.
3. Ek verstaan dat ek vir 'n maksimum kredietbedrag van R36 000 in aanmerking kan kom.
4. Ek begryp dat ad hoc bydraes en afslag nie die krediet toegestaan sal beïnvloed nie.
5. Ek begryp dat my aansoek onderhewig is aan verifikasie, verwerking en keuring en dat Momentum 'n aansoek kan afkeur op grond van hierdie kontroles. Ek verleen ook toestemming dat by aanvaarding my aansoek nog onderhewig sal wees aan voortdurende keuring wat kan lei tot die kansellering van my aansoek of dat die bedrag toegestaan daarvolgens verminder mag word, indien nodig.
6. Momentum behou die reg voor om my optrede in terme van betalings met verskeie kredietburo's te deel en ek verstaan dat dit my kredietwaardigheid sal affekteer.
7. Momentum sal die vooraf-ooreenkoms stuur sodra die aansoek verwerk is. Ek erken dat ek verplig is om, wanneer ek die vooraf-ooreenkoms ontvang, te reageer op die bevestigings e-pos wat die Bylae van die HealthSaver bevat. My antwoord sal my goedkeuring aandui vir Momentum om die HealthSaver-rekening te aktiveer. Ek erken dat indien my antwoord nie binne die vereiste tyd wat in die kommunikasie verstrekkend is, ontvang is nie, my HealthSaver sonder krediet geaktiveer sal word.
8. Ek gee Momentum die reg om enige bedrag wat ek verskuldig is aan Momentum Medical Scheme of enige Momentum-produk vanaf my HealthSaver-fondse te verhaal wanneer my HealthSaver-rekening beëindig word.
9. Ek gee Momentum die reg om enige onbetaalde bedrag wat ek skuld in terme van my HealthSaver-rekening te verhaal deur middel van 'n derde party en om my op 'n lys van wanbetalers/ nie-betalers te voeg by 'n kredietburo.
10. Ek verstaan dat krediet toegestaan onderhewig sal wees aan wisselende rentekoerse.

Vir Multiply Money-kaart

1. Deur aansoek te doen vir die Multiply Money-kaart, word daar geag dat ek die bepalinge en voorwaardes vir die gebruik van die kaart, wat ek kan kry op die Multiply-webwerf by multiply.co.za, gelees en verstaan het, en dat ek myself verbind tot hierdie Gebruiksvoorwaardes. As ek nie instem tot die bepalinge en voorwaardes nie, kan my aansoek vir die kaart nie verwerk word nie.
2. 'n Kaartuitreikingsfooi van R100 is vir die kaart betaalbaar. Hierdie fooi, tesame met enige ander fooi wat van toepassing mag wees, sal van my HealthSaver-rekening gedebiteer word.
3. 'n Primêre kaarttoegangsfooi sal jaarliks gehef word. Die eerste jaar sal gratis wees.
4. Indien die aflewering van die kaart onsuksesvol is, sal addisionele kostes van toepassing wees.
5. Momentum Multiply sal my identiteit en residensiële adres verifieer en hulle mag weier om 'n kaart uit te reik of te aktiveer as ek nie bevredigende bewys van my identiteit en residensiële adres kan gee soos wat FICA-wetgewing (Financial Intelligence Center Act) vereis nie.

6: Bepalings en voorwaardes (vervolg)

Vir Multiply Money-kaart (vervolg)

- Daar moet geld beskikbaar wees in my HealthSaver-rekening vir 'n transaksie om gemagtig te word.
- Die kaart kan gebruik word by mediese diensverskaffers, onafhanklike apteke se algemene verkope-afdelings (soos Dis-Chem, Clicks- en Link-apteke) en veeartse binne die grense van Suid-Afrika.
- Die kaart kan nie gebruik word om kontant by 'n bank, 'n OTM of 'n handelaar te onttrek nie. Dit kan ook nie gebruik word om handelaarrekeninge in winkels te betaal nie.
- Ek kan my kaart enige tyd kanselleer deur Momentum Multiply skriftelik in kennis te stel en ek moet dan die kaart vernietig deur die magnetiese strook en kaartnommers op te sny. Ek verstaan dat ek wettiglik verantwoordelik sal wees vir enige transaksies indien die kaart nie behoorlik vernietig word nie en deur enige ongemagtigde persoon gebruik word.
- Momentum Multiply sal al my persoonlike inligting as privaat en vertroulik behandel. Ek stem in dat hulle my persoonlike inligting met derdeparty-diensverskaffers kan deel vir die bedryf van hierdie kaart.

Vir Adviesfooi

- Ek erken dat my finansiële adviseur ooreengekom het om bepaalde dienste te lewer wat voortspruit uit my lidmaatskap van Momentum Medical Scheme.
- Die dienste wat my finansiële adviseur ooreengekom het om te lewer sluit die volgende in, maar is nie daartoe beperk nie:
 - om navrae oor my lidmaatskap van Momentum Medical Scheme te hanteer
 - om Momentum Medical Scheme in te lig van veranderinge in my lidmaatskap besonderhede
 - my in te lig oor veranderinge in my bydraes tot Momentum Medical Scheme, en
 - my in te lig oor veranderinge in die produk en voordele wat Momentum Medical Scheme bied.
- Indien die jaarlikse hersieningopsie gekies is, sal hierdie fooi jaarliks hersien word wanneer my bydraes tot Momentum Medical Scheme hersien word en die fooi mag verhoog teen 'n koers wat gebaseer is op die gemiddelde bydraeverhoging van Momentum Medical Scheme. Ek sal redelike skriftelike kennisgewing van enige voorgenome verandering ontvang, indien die Adviesfooi nie deur my werkgever betaal word nie.
- Die ooreenkoms begin wanneer ek 'n lid word van Momentum Medical Scheme, tensy anders vermeld, en eindig wanneer my finansiële adviseur om watter rede ookal nie meer geregtig is daarop om vergoeding te ontvang vir my lidmaatskap van Momentum Medical Scheme nie.
- Ek verstaan dat hierdie fooi nie deel sal uitmaak van my Momentum Medical Scheme-bydrae nie en dat dit dus 'n afsonderlike koste sal wees.
- Ek gee Momentum Metropolitan Lewens Beperk opdrag om bogenoemde fooi te verhaal, op die datum ooreengekom, in terme van die besonderhede verskaf in hierdie aansoekvorm, en om die fooi aan my finansiële adviseur te betaal.

Teken hier om die bepalinge en voorwaardes verwant tot die komplementêre produkte waarvoor jy aansoek doen te aanvaar.

Geteken te

Handtekening van hooflid

Datum

GapCover

Maak voorsiening vir tekorte en bybetalings aan mediese praktisyns vir binne-hospitaal prosedures deur Momentum GapCover. Momentum GapCover word onderskryf deur Guardrisk Insurance Company Beperk, 'n volfiliaal van Momentum Metropolitan Beherend Beperk. Kontak jou finansiële adviseur om aansoek te doen vir Momentum GapCover.