

Veranderings vorm / Changes Form

NAAM VAN GROEPSKEMA
NAME OF GROUP SCHEME

Managed by INSURANCE PARTNERS – FSP35033 – Vox Tel: 087 808 3007 / 021-949 8671 Fax: 021- 948 9815 / 086 628 0359

BESONDERHEDE VAN LEDE WAT DEKKING MOET GENIET / PARTICULARS OF MEMBERS TO ENJOY COVER

Hooflid / Principle Member _____

Identiteitsnommer / Identity Number _____

Gade / Spouse _____

Identiteitsnommer / Identity Number _____

Ongetroude, afhanklike kinders / Unmarried, dependent children

Geboortedatum / Date of Birth

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

Alle nuutgebore babas moet binne 30 dae na geboorte gerapporteer word / All newborn babies must be reported within 30 days of birth.

In alle gevalle waar 'n Enkel lid 'n Spouse(gade) byvoeg of vervang gaan die nuwe gade deur 'n nuwe 6 maande wagperiode / In all cases where a main member adds or replaces a new Spouse, that spouse goes through a new 6 month waiting period.

In alle gevalle waar bestaande dekking verhoog word gaan die verhoogde deel deur 'n nuwe 6 maande wagperiode / In all cases where existing cover is increased, that increased amount goes through a new 6 month waiting period.

Rede vir Verandering aan Bestaande Polis/ Reason for Amendment to Existing Policy

Dui aan met X asb/ Please tick with X.

1. Change in marital status/Verandering in huwelik status.
2. Weglating van versekerde lewe/Deletion of insured life.
3. Byvoeging van versekerde lewe /Addition of Insured Life
4. Verandering van versekerde bedrag/ Change of Insured amount.
Van/From R..... na/to R.....
5. Rapportering van Nuutgebore kind/ Reporting of Newborn.
6. Ander/Other

Ek, die ondergetekende aansoeker, verklaar dat die nodige openbaarmakings aan my bekend gemaak is. Ek verklaar ook dat die terme en voorwaardes van hierdie skema aan my verduidelik is, en ek dit verstaan en aanvaar. Ek verklaar verder dat die bostaande inligting deur my verskaf waar en korrek is, en indien enige daarvan onwaar of foutief is, geen eis onder hierdie polis uitbetaal sal word nie..

I, the undersigned applicant, declare that the necessary disclosures made known to me. I also declare that the terms and conditions of this scheme have been explained to me and that I understand and accept it. I further declare that the above information supplied by myself is true and correct and should any of it prove to be incorrect or faulty, no claims will be payable under this policy.

*

Aansoeker / Applicant

Datum / Date

Verteenwoordiger / Agent

*** Verpligtend/ Compulsory**