

## **VRYSTAANDE GROEPELEWENSVERSEKERING BEGUNSTIGDE NOMINASIE**

WERKGEWER NAAM \_\_\_\_\_

### **LIDBESONDERHEDE**

LID NR \_\_\_\_\_ WERKNEMER NR \_\_\_\_\_

VAN \_\_\_\_\_ VOORNAME \_\_\_\_\_

GEBOORTEDATUM \_\_\_\_\_ IDENTITEITSNOMMER \_\_\_\_\_

WOONADRES \_\_\_\_\_

POSADRES \_\_\_\_\_

TEL NR (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SELFOON NR \_\_\_\_\_

E-POS ADRES \_\_\_\_\_

### **NOTAS**

- Die inligting weergegee in hierdie dokument sal as vertroulik hanteer word en sal slegs gebruik word vir die doel waarvoor dit bedoel is in terme van toepaslike wetgewing.
- Ingevolge die polis, sal die voordele aan afhanklikes en/of genomineerdes betaal word, na gelang van die omstandighede by u dood.
- Vul asseblief 'n nuwe nominasievorm in as u enige veranderings aan u vorige nominasie wil aanbring.
- Voorsien asseblief met alle kontakbesonderhede bv. adresse en telefoonnommers van alle afhanklikes of genomineerdes in die gegee reel.
- U mag 'n Trust of Begunstigde Fonds nomineer ten opsigte van 'n voordeel betaalbaar aan 'n minderjarige afhanklike of aan 'n meerderjarige afhanklike wat deur die reg erken word as 'n persoon wat nie bevoeg is om na sy eie belange om te sien nie. Indien u so 'n Trust of Begunstigde Fonds genomineer het, verskaf asseblief besonderhede op die keersy van hierdie vorm.
- As u van mening is dat daar addisionele inligting is waarvan die werkgewer bewus moet wees, dui dit asseblief aan onder "Addisionele Inligting" op die keersy van hierdie vorm.
- Hierdie vorm moet in leesbare skrif (drukskrif asseblief) ingevul en na die werkgewer teruggestuur word. Indien die vorm nie geteken en gedateer is nie, kan hierdie vorm nie dien as 'n geldige nominasievorm.
- Hierdie vorm moet ten alle tye huidige inligting reflekteer en na die werkgewer teruggestuur word indien u omstandighede enigins verander, bv. met die geboorte van 'n kind, dood van 'n gade, ens.

WERKGEWER NAAM \_\_\_\_\_ VAN EN VOORLETTERS \_\_\_\_\_ IDENTITEITSNUMMER \_\_\_\_\_

**Afhanklikes / Genomineerdes**

A. Volle Name	B. Verwantskap	C. Geboortedatum	D. ID Nommer	E. Afhanklike of Genomineerde	F. Aard van Finansiële Afhanklikheid (indien enigsins)	G. % van voordeel	H. Woonadres	I. Kontak Telefoonnummer
<b>Totaal</b>						<b>100%</b>		

ADDISIONELE INLIGTING: \_\_\_\_\_

**Trust (Volle besonderhede van begunstigde ten opsigte van wie 'n Trust opgestel is, moet ingesluit word onder "Afhanklikes / Genomineerdes" hierbo)**

Genomineerde Trust	Kontakbesonderhede van Genomineerde Trust	A. Volle Name van Begunstigde	B. Verwantskap met Begunstigde	C. Geboortedatum van Begunstigde

**Kolom A:** Vul persoon se van en volle name in.  
**Kolom B:** Dui aan wat u verwantskap is met die persoon, bv. gade, seun ens.  
**Kolom C:** Die geboortedatum moet as volg aangedui word: YYYY/MM/DD.  
**Kolom D:** Verskaf persoon se identiteitsnummer.  
**Kolom E:** Noem of finansiële afhanklik of 'n genomineerde

**Kolom F:** Noem die aard van finansiële afhanklikheid (indien enigsins).  
**Kolom G:** Dui aan die % van die totale voordeel betaalbaar aan die persoon, bv. 10%, 25%, ens. Die totale verdeling moet saam 100% wees.  
**Kolom H:** Verskaf persoon se volle adres indien van u eie verskil.  
**Kolom I:** Verskaf persoon se kontak telefoonnummer sowel as area kode, indien van u eie verskil.

GETEKEN TE \_\_\_\_\_

DATUM 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

LID SE HANDTEKENING \_\_\_\_\_