



Underwritten by The Hollard Insurance Co. Ltd.  
an authorised Financial Services Provider

# Gesinsbeskermer Aansoekvorm

## Family Protector Application Form



Authorised Financial Service Provider

FSP 15485

TLU-

### PERSOONLIKE BESONDERHEDE / PERSONAL DETAILS

Names/Name :

Van / Surname :

ID Nommer / ID Number:

Posadres / Postal Address:

Woonadres / Residential Address:

Telefoon nr. / Telephone no:

Faks nr. / Fax no:

Selfoon / Cellphone:

E Pos / E Mail:

Beroep / Occupation :

### AFHANKLIKES / DEPENDANTS

Naam / Name:

ID nommer / ID number:

Verwantskap / Relationship

1

2

3

4

5

**A\*. PLANKEUSE / PLAN CHOICE**

**B\*. POLISFOOI / POLICY FEE**

Dui asseblief aan/Please indicate: \_\_\_\_\_

Plan 1	R293.00	Plan 2	R205.00	POLISFOOI R12.00
Plan 3	R162.00	Plan 4	R97.00	POLICY FEE R12.00

**C\*. KRITIEKESIEKTEDEKKING / CRITICAL ILLNESS COVER**

OUDERDOM / AGE	PREMIE / PREMIUM	AANTAL EENHEDE (MAKS 2) / NUMBER OF UNITS (MAX 2)
18 - 30 Jaar / Years	R16.00 per eenheid van / per unit of R25 000	
31 - 40 Jaar / Years	R27.00 per eenheid van / per unit of R25 000	
41 - 50 Jaar / Years	R59.50 per eenheid van / per unit of R25 000	

<b>D*. PREMIEKWYTSKELDING(5% VAN PREMIE) A + C</b>	Ja	Nee	R	PREMIUM WAIVER (5% OF PREMIUM)	Yes	No	R
--	----	-----	---	--------------------------------	-----	----	---

**MEDIËSE BESONDERHEDE/MEDICAL DETAILS**

Het u of een van u gesinslede voorheen 'n dokter gekonsulteer of was u of u gesinslede gehospitaliseer t.o.v die 25 **kritiekiesiektes**? Verskaf besonderhede:  
 Have you or one of your family members seen a doctor or been hospitalized in the past in respect of the 25 **critical illnesses**? If so, please give details:

Datum Gediagnoseer / Date Diagnosed	Toestand / Condition	Herstel Status / Recovery Status

Huisdokter vir die laaste twee jaar / General Practitioner seen in the last two years

Dr:	Tel :
Adres / Address	Kode / Code:

<b>BANKBESONDERHEDE VIR DIREKTE DEBIETORDER BANK DETAILS FOR DIRECT DEBIT ORDER</b>	<b>PREMIEBEREKENING / PREMIUM CALCULATION</b>
---	---

Naam van Bank / Name of Bank:	<b>A*</b>	<b>PLANKEUSE / PLAN CHOICE</b>	<b>R</b>
Tipe Rekening / Account Type:	<b>B*</b>	<b>POLISFOOI / POLICY FEE</b>	<b>R</b>
Naam van rekeninghouer / Name of account holder:	<b>C*</b>	<b>KRITIEKESIEKTE / CRITICAL ILLNESS</b>	<b>R</b>
Rekening nr / Account no:	<b>D*</b>	<b>PREMIEKWYTSKELDING / PREMIUM WAIVER</b>	<b>R</b>

Tak / Branch:	TOTALE PREMIE / TOTAL PREMIUM	R
---------------	-------------------------------	---

Bank Kode / Code	Die totale premie sluit 20% kommissie in / The total premium includes 20% commission
------------------	--

<b>Maandeliks of Jaarlikse Debietorder:</b>	<b>J</b>	<b>M</b>	<b>Monthly or Annual Debit Order:</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	
---	----------	----------	---------------------------------------	----------	----------	--

<b>Aanvangsdatum:</b> <b>Date of Commencement:</b>	
---	--

<b>GENOMINEERDE BEGUNSTIGDE / NOMINATE BENEFICIARY</b>
--

<b>Begunstigde / Beneficiary:</b>	
-----------------------------------	--

<b>ID Nommer / ID Number:</b>	
-------------------------------	--

<b>Persentasie / Percentage:</b>	
----------------------------------	--

<b>BESKERMING VAN PERSOONLIKE INLIGTING</b> Ons moet u persoonlike inligting verwerk ten einde aan u versekering te verleen. Ons sal u persoonlike inligting deel met ander versekeraars, bedryfsliggame, kredietinstansies en diensverskaffers. Dit sluit in inligting oor u versekering, eise en premiebetalings. Ons doen dit ten einde versekeringsdienste te verleen, oneerlike eise te beperk, eise te evalueer en oorsigte uit te voer. Ons sal u persoonlike inligting met omsigtigheid hanteer en het redelike sekuriteitsmaatreëls ingestel om dit te beskerm. Deur hierdie kwotasie vir versekering te onderteken, stem u in tot die verwerking en deel van u persoonlike inligting.
--

<b>PROTECTION OF PERSONAL INFORMATION</b> In order to provide you with insurance, we have to process your personal information. We will share your personal information with other insurers, industry bodies, credit agencies and service providers. This includes information about your insurance, claims and premium payments. We do this to provide insurance services, prevent fraud, assess claims and conduct surveys. We will treat your personal information with caution and have put reasonable security measures in place to protect it. By signing this application, you agree to the processing and sharing of your personal information.
--

<b>Geteken te / Signed at</b>	<b>hierdie / this</b>	<b>dag van / day of</b>	<b>20</b>
-------------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------

<b>Handtekening van Hoof versekerde</b> Ek gee toetsmting dat EPIC my premie maandeliks/jaarliks van my bankrekening verhaal teen die kostes soos bo aangedui. Ek verstaan dat my polis dokument aan my verskaf sal word en dat die volle Terme, Voorwaardes en Uitsluitings van toepassing sal wees. Ek verstaan dat die informasie wat ek verskaf aangewend sal word om my versekering te administreer.
--

<b>Signature of Principal Assured</b> I authorise EPIC to deduct the premium at the cost shown from my bank account each month/year. I understand that my policy document will be supplied to me and it's full Terms, Conditions and Exclusions will apply. I understand that the information I provide will be used to administer my insurance.
---