

CLAIM FORM

Provider Care Plan

FUNERAL CARE PLAN MEMBER DETAILS



Scheme Name

PROVIDER CARE PLAN

Master Policy Reference Number

Title

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----|--|
| Mr | | Mrs | | Ms | |
|----|--|-----|--|----|--|

Surname

Name

ID number

Claimant's DETAILS

Title

| | | | | | |
|----|--|-----|--|----|--|
| Mr | | Mrs | | Ms | |
|----|--|-----|--|----|--|

Surname

Group Name / Individual Name

ID number

If money is to be transferred, deposited in a bank account, please furnish particulars:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Account holder | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Bank | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Account number | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Branch name | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Branch Code | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Type of account | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Reference number | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Cellular phone number | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| E-mail address | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Claimant's declaration: I, the undersigned, hereby certify that the information above is true and that I am lawfully entitled to the proceeds under the scheme.

Signature of Claimant _____ Date _____

FOR OFFICE USE

Commencement date of membership

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date of death

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

WAITING PERIOD? YES/NO

PROOF OF PREVIOUS COVER: YES/NO

Cause of Death:

Premiums up to date?

| | |
|------------|--|
| Yes | |
| NO | |

Documents required

| | |
|---|--|
| Proof of existing cover | |
| Certified copy of B1-5 Death Certificate | |
| B1-20 Abridged Death Certificate issued by Home Affairs and duly date stamped | |
| B1-12 Medical Certificate in respect of Stillbirth signed by a Medical Practitioner or District Surgeon | |
| Certified copy of ID of Deceased | |
| BI 1663/Notice of Death | |
| Bank Statement of Beneficiary | |
| Certified copy of ID of Beneficiary | |
| SAPS Report (Unnatural Causes) | |

Amount to be paid in Rand

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Claim prepared by:

Claim verified by:

Claim authorized by:

Date:

Please note:

Payment of claims in circumstances due to unnatural cause of death are subject to assessment and therefore prolonged.

