



ACE Insurance Limited
 Authorised Financial Service Provider
 FSP 27176

Gesinsbeskermer Aansoekvorm

Family Protector Application Form



Authorised Financial Service Provider
 FSP 15485

Agent:

PERSOONLIKE BESONDERHEDE/PERSONAL DETAILS

Volle Naam / Full Names :

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	R 240	Plan 2	R 165
Plan 3	R 130	Plan 4	R 75

POLISFOOI	R10.25
POLICY FEE	R10.25

C*. KRITIEKESIEKTEDEKING / CRITICAL ILLNESS COVER

OUERDOM / AGE	PREMIE / PREMIUM	AANTAL EENHEDE (MAKS 2) / NUMBER OF UNITS (MAX 2)
18 - 30 Jaar/Years	R15.00 per eenheid van/per unit of R25 000	
31 - 40 Jaar/Years	R22.00 per eenheid van/per unit of R25 000	
41 - 50 Jaar/Years	R55.00 per eenheid van/per unit of R25 000	

MEDIESE 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 kritiekessiektes? 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:

D*. PREMIEKWYTSKELDING(5% VAN PREMIE) Ja Nee R PREMIUM WAVER(5% OF PREMIUM) Yes No R

BANKBESONDERHEDE VIR DIREKTE DEBIETORDER BANK DETAILS FOR DIRECT DEBIT ORDER

PREMIEBEREKENING / PREMIUM CALCULATION

Naam van Bank / Name of Bank:	A* PLANKEUSE/ PLAN CHOICE	R
Tipe Rekening / Account Type:	B* POLISFOOI / POLICY FEE	R
Naam van rekeninghouer / Name of account holder:	C* KRITIEKESIEKTE / CRITICAL ILLNESS	R
Rekening nr / Account no:	D* PREMIEKWYTSKELDING/ PREMIUM WAVER	R
Tak / Branch:	TOTALE PREMIE / TOTAL PREMIUM	R

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

Maandeliks of Jaarlikse Debietorder: J M Monthly or Annual Debit Order: A M

Aanvangsdatum:

Date of Commencement:

GENOMINEERDE BEGUNSTIGDE / NOMINATE BENEFICIARY

Begunstigde / Beneficiary:

ID Nommer / ID Number:

Persentasie / Percentage:

Geteken te/Signed at hierdie/this dag van/day of 20

Handtekening van Hoof versekerde

Ek gee toestemming 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.

Signature of Principal Assured

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.

