



**FUNERAL BENEFIT  
DEPENDENT INFORMATION SCHEDULE**



	Full Name	Date Of Birth	ID Number
Member/ Employee		y y y y m m d d	
Spouse		y y y y m m d d	
Spouse		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	
Child		y y y y m m d d	

Signed at \_\_\_\_\_ On this \_\_\_\_\_ Day of \_\_\_\_\_ 2 0 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE OF MEMBER**

\_\_\_\_\_  
**WITNESS/COMPANY REPRESENTATIVE**

