

## DEATH BENEFIT QUESTIONNAIRE – SPOUSE / LIFE PARTNER

**Important Note:**

In addition to the application form, please complete the following questionnaire **in full** in order to provide the Fund with sufficient information, as required by legislation, to make an equitable decision regarding the allocation of the death benefit sum payable. If enough space is not provided in any of the fields below, please attach additional sheets, these should also be signed and dated by you. Kindly note that the questions relate to information required to enable the Fund to finalise the claim, and that all answers will be treated as confidential.

Identity / Passport Number of Deceased

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

Industry Number of Deceased

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

**1. DETAILS OF APPLICANT**

|                                      |                      |                      |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Title                                | Initials             | Surname              |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Full Names (First Two Names in Full) |                      |                      |
| 1                                    | <input type="text"/> | 2                    |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**2.**

Date of Marriage / Onset of Cohabitation as Life Partners (YYYYMMDD)

Married  Cohabiting Partner  Married But Separated

**3. DETAILS OF MINOR CHILDREN**  
(UNDER 18 INCLUDES BIOLOGICAL AND LEGALLY ADOPTED CHILDREN OF THE DECEASED)

|   |                      |                          |
|---|----------------------|--------------------------|
| Initials  | Surname (Child 1)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| In who's care is this minor child?  | <input type="text"/> |                          |
| Please comment on the health status of this minor child                             | <input type="text"/> |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                          |
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                          |
| Initials  | Surname (Child 2)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| In who's care is this minor child?  | <input type="text"/> |                          |
| Please comment on the health status of this minor child                             | <input type="text"/> |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                          |
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |                          |
| <input type="text"/>  |                      |                          |

## DEATH BENEFIT QUESTIONNAIRE – SPOUSE / LIFE PARTNER (CONTINUED)

|   |
|---|
| Identity / Passport Number of Deceased  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|   |
|---|
| Industry Number of Deceased   |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

### DETAILS OF MINOR CHILDREN (CONTINUED)

|  |  |   |
|--|--|---|
| Initials   | Surname (Child 3)  | Date Of Birth (YYYYMMDD)  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| In who's care is this minor child? | <input type="text"/> |
|------------------------------------|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the health status of this minor child | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|  |  |   |
|--|--|---|
| Initials   | Surname (Child 4)  | Date Of Birth (YYYYMMDD)  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| In who's care is this minor child? | <input type="text"/> |
|------------------------------------|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the health status of this minor child | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|  |  |   |
|--|--|---|
| Initials   | Surname (Child 5)  | Date Of Birth (YYYYMMDD)  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| In who's care is this minor child? | <input type="text"/> |
|------------------------------------|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the health status of this minor child | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|  |  |   |
|--|--|---|
| Initials   | Surname (Child 6)  | Date Of Birth (YYYYMMDD)  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| In who's care is this minor child? | <input type="text"/> |
|------------------------------------|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the health status of this minor child | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

|   |                      |
|---|----------------------|
| Please comment on the current academic progress and plans for the future, if known. | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

## DEATH BENEFIT QUESTIONNAIRE – SPOUSE / LIFE PARTNER (CONTINUED)

Identity / Passport Number of Deceased

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Industry Number of Deceased

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

**4. DETAILS OF MAJOR CHILDREN**  
(18 YEARS AND OLDER INCLUDES BIOLOGICAL AND LEGALLY ADOPTED CHILDREN OF THE DECEASED)

|                      |                      |                          |
|----------------------|----------------------|--------------------------|
| Initials             | Surname (Child 1)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Initials             | Surname (Child 2)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Initials             | Surname (Child 3)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Initials             | Surname (Child 4)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Initials             | Surname (Child 5)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |
| Initials             | Surname (Child 6)    | Date Of Birth (YYYYMMDD) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     |

**5.** What is the structure of your current family unit, and what is your current living arrangements?

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

**6.** What is your current financial position? If you are not financially self-supporting, please provide additional information.

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

**7.** To what extent were you and the deceased financially dependent on each other at the time of his / her death?

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

## DEATH BENEFIT QUESTIONNAIRE – SPOUSE / LIFE PARTNER (CONTINUED)

| Identity / Passport Number of Deceased |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Industry Number of Deceased |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**8.** What were your living arrangements at the time of the his/her death? If living apart at the time of his / her death, please provide details.

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

**9.** Please provide details of all the deceased's spouse(s) / previous spouse(s) / cohabiting partner(s) and provide further details regarding the duration of the abovementioned relationship(s)

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

**10.** Please provide full details of any legal obligations the deceased had in terms of a divorce settlement or any court order which required him / her to pay maintenance towards any previous spouse / partner / child(ren) and if so, also state whether this obligation was met by the deceased.

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

**11.** Please provide details of the assets and liabilities in the deceased estate and mention how the estate has been divided. Also specify in detail what inheritance (proceeds from life policies / other benefits) **you** have received from the late deceased estate, as well as any other assets you have received as a result of the member's death.

| ASSETS | LIABILITIES |
|--------|-------------|
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |
|        |             |

**12.** Please list any other legal or factual dependant/s of the deceased.

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



## DEATH BENEFIT QUESTIONNAIRE – SPOUSE / LIFE PARTNER (CONTINUED)

| Identity / Passport Number of Deceased |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Industry Number of Deceased |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|            |  |
|------------|--|
| <b>13.</b> | Please provide information regarding any expenses paid or still payable by you as a result of his/her death. |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>14.</b> | Please provide any further information that you feel the Fund trustees should know about. This may have an impact on the allocation. |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |
|            | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  |

| Signature   |
|---|
| <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> |

| Date (YYYYMMDD)      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Please send your application form and required documents to :  
 Sentinel Retirement Fund,  
 Post : P O Box 61172, Marshalltown, 2107, Fax: (011) 481-8111, E-mail : [info@sentinel.za.com](mailto:info@sentinel.za.com)

# MONTHLY INCOME AND EXPENDITURE STATEMENT

Deceased's Industry Number

## PARTICULARS OF APPLICANT

| Title                | Initials             | Surname              |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Full Names (First Two Names in Full)

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 1 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> |
|------------------------|------------------------|

| MONTHLY INCOME |  |  |  | MONTHLY EXPENDITURE |  |  |  |
|----------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|
|----------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|

|                              |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Your salary after deductions | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Rent/Bond Repayments | R                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Your occupation              |   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      | HP Repayments        | R                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Your Employer                |   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Long Term Loans      | R                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spouse's salary              | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spouse's Occupation          |   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Short Term Loans     | R                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spouse's Employer            |   | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Overdraft account(s) | R                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Monthly Pension              | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spouse's Pension from Fund   | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| State Subsidy being received | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rental being received        | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Interest being received      | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | -                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OTHER INCOME - SPECIFY

|                             |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                           |   |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
|-----------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| .....                       | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Rates and Taxes           | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>TOTAL MONTHLY INCOME</b> | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Domestic servant/gardener | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Value of own fixed property | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | School expenses           | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Outstanding bond            | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Policies                  | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                             | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Medical Costs             | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

RECEIVED BY YOU AFTER THE DECEASED'S DEATH

|                          |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |   |   |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
|--------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| Lump sum received        | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | OTHER MONTHLY EXPENSES/ACCOUNTS (SPECIFY) |   |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
| UIF payout received      | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Life assurance payout 1  | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Life assurance Payout 2  | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Proceeds from the estate | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Group Life Policy payout | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Funeral Policy payout    | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Leave payout             | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rand Mutual              | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Medical Bureau           | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                                     | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

OTHER INCOME - SPECIFY

|                                |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |                          |   |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
|--------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|--------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| .....                          | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | .....                    | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>TOTAL PAYMENTS RECEIVED</b> | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <b>TOTAL EXPENDITURE</b> | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Signature

Date (YYYYMMDD)

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

