

Additional binding death benefit nomination

1800 005 166

info@caresuper.com.au

GPO Box 1547, Hobart TAS 7001

Use this form to nominate extra beneficiaries in addition to your *Make a binding death benefit nomination* form. It must be signed by you in the presence of the same witnesses who signed your *Make a binding death benefit nomination* form.

Section 1

Your details

Member number

Date of birth (DD MM YYYY)

Last name

Given name(s)

Residential address

Suburb/Town/City

State

Postcode

Section 2

My beneficiaries (continued next page)

This nomination applies to the accounts you've specified in section 2 of your original *Make a binding death benefit nomination* form.

My beneficiaries are:

Details	Relationship (tick one only)	Benefit %
Mr Mrs Ms Miss Dr Date of birth (DD MM YYYY) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Spouse	<input type="text"/> %
Given name(s) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Child	Example only <input type="text"/> %
Last name <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Interdependency relationship	
	<input type="checkbox"/> Financial dependant	
	<input type="checkbox"/> Estate/legal personal representative	



Section 2

**My beneficiaries
(continued)**

Details	Relationship (tick one only)	Benefit %
Mr Mrs Ms Miss Dr Date of birth (DD MM YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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="checkbox"/> Spouse	<input type="text"/> %
Given name(s) <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="checkbox"/> Child	Example only <input type="text"/> 20.00 %
Last name <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="checkbox"/> Interdependency relationship <input type="checkbox"/> Financial dependant <input type="checkbox"/> Estate/legal personal representative	

Details	Relationship (tick one only)	Benefit %
Mr Mrs Ms Miss Dr Date of birth (DD MM YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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="checkbox"/> Spouse	<input type="text"/> %
Given name(s) <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="checkbox"/> Child	Example only <input type="text"/> 20.00 %
Last name <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="checkbox"/> Interdependency relationship <input type="checkbox"/> Financial dependant <input type="checkbox"/> Estate/legal personal representative	

Details	Relationship (tick one only)	Benefit %
Mr Mrs Ms Miss Dr Date of birth (DD MM YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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="checkbox"/> Spouse	<input type="text"/> %
Given name(s) <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="checkbox"/> Child	Example only <input type="text"/> 20.00 %
Last name <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="checkbox"/> Interdependency relationship <input type="checkbox"/> Financial dependant <input type="checkbox"/> Estate/legal personal representative	

Details	Relationship (tick one only)	Benefit %
Mr Mrs Ms Miss Dr Date of birth (DD MM YYYY) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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="checkbox"/> Spouse	<input type="text"/> %
Given name(s) <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="checkbox"/> Child	Example only <input type="text"/> 20.00 %
Last name <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="checkbox"/> Interdependency relationship <input type="checkbox"/> Financial dependant <input type="checkbox"/> Estate/legal personal representative	

The combined total on this form and your *Make a binding death benefit nomination* form must equal 100%. 100.00 %



