

Insurance Company Limited Versekeringsmaatskappy Beperk Reg. No. 1970/006619/06 Authorised Financial Services Provider		POLICY NO.	POLISNR.
		CLAIM NO.	EISNR.
BROKER/AGENT		MAKELAAR/AGENT	
Insured	NAME	NAAM	
	ADDRESS AND TELEPHONE NO.	ADRES EN TELEFOONNR.	
	BUSINESS OR OCCUPATION	BESIGHEID OF BEROEP	
	VAT REGISTRATION NO.	BTW REGISTRASIENR	
Description of Accident	Date and Time	Datum en Tyd	
	Place where accident occurred	Plek waar ongeluk gebeur het	
	State exactly how the accident occurred	Meld presies hoe die ongeluk gebeur het	
(Continue overleaf) (Vervolg op keersy)			
Witnesses	Name, address and telephone no.	1.	2.
Police	If reported to police, state which station and reference number	Indien aan polisie gerapporteer meld betrokke kantoor en verwysingsnommer	
Property Damage	Name and address of owner	Naam en adres van eienaar	
	Description of damage	Beskrywing van skade	
Personal Injuries	Name, address and age of injured person	1.	2.
	Details of injuries	Besonderhede van beserings	
Relationship	If person named above is in your service, or your tenant, or related to you, give full details	Indien bogenoemde person in u diens of u huurder of aan u verwant is, meld besonderhede	
Claim	If claim made against you give details and attach any correspondence	Indien u kennis ontvang het van enige eis meld besonderhede en voorsien enige korrespondensie	
Declaration	I/We declare that to the best of my/our knowledge the above statements are truly made. Ek/Ons verklaar dat na my/ons beste wete die bostaande verklarings juis afgelê is.		
	Insured's Signature	Capacity	Date
	Versekerde se Handtekening	Hoedanigheid	Datum