

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	