



CLAIM NO:

Office use only

PUBLIC LIABILITY REPORT / CLAIM FORM
 PUBLIEKE AANSPREEKLIKHEIDVERSLAG / EIS VORM

IF THE SPACE ALLOWED IS INADEQUATE, PLEASE EXPAND ON PLAIN PAPER AND ATTACH TO CLAIM FORM

Insured	Policy Number		Polisnommer	Versekerde
	Company Name/ Surname and Initials		Maatskappy Naam/ Van en Voorletters	
	ID Numer		Identiteitsnommer	
	Address		Adres	
		Code/Kode		
	Telephone Numbers	Business/Besigheid ()	Telefoonnommers	
Home/Tuis ()				
Accident	Date		Datum	Ongeluk
	Time		Tyd	
	Place where accident occurred		Plek waar ongeluk gebeur het	
	Police Station		Polisie Stasie	
	Police Reference No.		Polisieverwysingsnommer	
	Date Reported		Datum Aangemeld	
	State how accident occurred (if possible, attach a sketch plan)		Beskryf hoe ongeluk gebeur het (As moontlik, heg skets plan)	
Claimant/Third Party Details	Name		Naam	Eiser/Deurde Party Besonderhede
	Physical Address		Fisiese Adres	
	Telephone Numbers	Business/Besigheid ()	Telefoonnommers	
		Home/Tuis ()		
	Occupation		Beroep	
	Date of Birth		Geboorte Datum	
ID Number		Identiteitsnommer		
Relationship to the Insured		Verhouding met Versekerde		



Injuries or Damage	Full details of personal injuries or damage (incl. names, addresses and telephone numbers)			Volledige besonderhede van persoonlike beserings of skade (insl. name, adresse en telefoonnommers)	Beserings of Skade	
	Has any claim been lodged against you?	Yes/Ja If yes, state amount	No/Nee	Is enige eis teen u ingestel		
	Has the claimant made any offer or suggestion to settle the claim?	Yes/Ja If yes, give details	No/Nee	Het die beseerde persoon of eienaar van die beskadigde eiendom enige aanbod of voorstel aan u gemaak om die saak te skik.		
	Witness	Name and Address		Naam en Adres		Getuie
		Telephone No.		Telefoonnommer		
	Witness	Name and Address		Naam en Adres		Getuie
		Telephone No.		Telefoonnommer		
	To your knowledge, has any other accident occurred at the same place under similar circumstances?	Yes/Ja If yes, give details	No/Nee	Het daar voorheen 'n ongeluk onder soortgelyke omstandighede by dieselfde plek gebeur?		
	Was the accident attributable to lack of ordinary caution on the part of the claimant?	Yes/Ja If yes, in what respect?	No/Nee	Is die ongeluk toe te skrywe aan enige gebrek aan gewone versigtigheid deur die eiser?		
	Details of previous claims	Name of Insurer/Naam van Versekeraar: PolicyNo./PolisNr.:		Telephone No./Telefoonnommer:		Besonderhede van vorige eise
Declaration	I/We hereby declare the foregoing particulars to be true in every respect. Ek/Ons verklaar hiermee dat die voorafgaande besonderhede in elke opsig waar is. Signature of Insured Capacity Date Versekerde se Handtekening Hoedanigheid Datum			Verklaring		