



EISVORM: ONGEVALLE EN SIEKTE CLAIM FORM: ACCIDENT AND SICKNESS

TAKNR BRANCH NO.	<input type="text"/>	POLISNR. POLICY NO.	<input type="text"/>	SERTIFIKAATNR. CERTIFICATE NO.	<input type="text"/>	EISNR. CLAIM NO.	<input type="text"/>
MAG-, PENSIEN-, SALARIS OF PERSONEELLID NR. FORCE, PENSION, SALARY OR PERSONNEL NO.	<input type="text"/>			NAAM VAN GROEPSKEMA NAME OF GROUP SCHEME	<input type="text"/>		

1. DIE VERSEKERDE / THE INSURED

Naam Name	<input type="text"/>			Identiteitsnr. Identity No.	<input type="text"/>		
Woonadres Residential address	<input type="text"/>						
Besigheidsadres Business address	<input type="text"/>						
Ouderdom Age	<input type="text"/>	Beroep Occupation	<input type="text"/>		Telefoonnr. Telephone no.	Huis Home	<input type="text"/>
						Besigheid Business	<input type="text"/>

VRAE MET BETREKKING TOT ONGEVALLE / QUESTIONS RELATING TO INJURY

2. Datum van die ongeval
Date of the accident Plek waar die ongeluk gebeur het
Place where the accident occurred

3. Vermeld hoe die ongeval gebeur het en wat u ten tyde daarvan gedoen het. (Moet breedvoerig beantwoord word.)
State how the accident happened and what you were doing at the time. (Must be answered in detail.)

4. Vermeld die aard van die besering
State the nature of the injury

5. Vermeld die name en adresse van alle persone wat getuies van die ongeval was
State the names and the addresses of all persons who witnessed the accident

6. Het u ooit voorheen toevallige liggaamlike beserings opgedoen?
Have you ever previously sustained accidental bodily injury?

Indien wel, vermeld die aard van die besering en die oorsaak van die ongeval
If so, state the nature of the injury and the cause of the accident

VRAE MET BETREKKING TOT SIEKTE / QUESTIONS RELATING TO SICKNESS

7. Vermeld die aard van die siekte
State the nature of the sickness

8. Het u ooit voorheen aan dieselfde siekte gely?
Have you previously suffered from the same sickness? Indien wel, wanneer
If so, when

VRAE MET BETREKKING TOT ALLE EISE / QUESTIONS RELATING TO ALL CLAIMS

9. Hoe lank moes u in die bed bly?
How long were you confined to your bed? Vanaf Tot
From To

10. Hoe lank moes u tuis bly?
How long were you confined to your home? Vanaf Tot
From To

11. Vir watter tydperk was u ALGEHEEL ongeskik om aandag aan enige deel van u beroep te gee?
For what period were you TOTALLY unable to attend to any part of your business? Vanaf Tot
From To

12. Het u enige beroep uitgeoefen behalwe die beroep in die aansoek om hierdie versekering vermeld?
Have you followed any occupation other than that stated in the proposal for this insurance?

Indien wel, vermeld die volle besonderhede
If so, state the full particulars

13. Het u voorheen om ongevalle- of siektevergoeding geëis?
Have you previously claimed for accident or sickness compensation? Indien wel, vermeld die volle besonderhede
If so, state the full particulars

14. Sal u ook van enige ander versekeraar, hulpvereniging of siekefonds eis in verband me thierdie besering of siekte?
Will you also claim from any other insurer, benefit society or medical aid fund in respect of this injury or sickness?

Indien wel, vermeld die volle besonderhede
If so, state the full particulars

15. Was u nugter?
Were you sober?

16. Was 'n bloedmonster geneem na die ongeluk?
Was a blood sample taken after the accident?

Indien wel, wat was die uitslag?
If so, what were the results?

Hiermee verklaar ek dat ek die persoon is na wie die bogemelde vrae verwys en dat die antwoorde op die vrae in alle opsigte waar is.
I hereby declare that I am the person to whom the above questions refer and that the answer to the questions are true in every respect.

DATUM/DATE _____ Handtekening van Versekerde/Signature of Insured _____

DIE UITREIKING VAN HIERDIE VORM IS NIE 'N ERKENNING VAN AANSPREEKLIKHEID NIE. / THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT A ADMISSION OF LIABILITY.
DIE VOLTOOIING VAN DIE MEDIESE SERTIFIKAAT AGTEROP IS 'N VEREISTE. / COMPLETION OF THE MEDICAL CERTIFICATE OVERLEAF IS ESSENTIAL.

MEDIESE SERTIFIKAAT / MEDICAL CERTIFICATE

1. Naam van versekerde Name of insured	<input type="text"/>		
Adres Address	<input type="text"/>		
	Poskode Postal code	<input type="text"/>	
Beroep Occupation		Age Ouderdom	<input type="text"/>
2. Vermeld die aard van die besering of siekte en of enige komplikasies ingetree het. State the nature of the injury or sickness and any complications.	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
3. Vermeld die datum wat u die versekerde vir die eerste keer in verband met hierdie ongeskiktheid gesien het. State the date you first saw the insured in connection with this indisposition.	<input type="text"/>		
4. Vermeld die datum van die besering of aanvang van die siekte. Date of injury or commencement of the sickness.	<input type="text"/>		
5. Vermeld of die besering of siekte deur enige vooraf bestaande patologiese toestand vererger is. State whether the injury or sickness has been agravated by any pre-existing pathological condition.	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
6. * Vir hoe lank was die versekerde algeheel en deurentyd ongeskik om aandag aan sy besigheid of beroep te skenk? * How long has the insured been totally and continuously disabled from attending to his business or vocation? * Algehele ongeskiktheid beteken 'n besering of siekte wat die vr die verekerde liggaamlik onmoontlik maak om enige deel van sy gewone besigheid of beroep te beoefen vir di ehele tydper gemeld. * Total disablement means any injury or sickness which renders the insured physically unable to follow any part of his ordinary business or avocation for the whole period mentioned.	<input type="text"/>		
7. Sal die versekerde enigsins permanent ongeskik wees? Will the insured be permanently disabled in any way?	<input type="text"/>		
8. Is die versekerde nog onder u behandeling? Will the insured be permanently disabled in any way?	<input type="text"/>		
9. As die versekerde algeheel ongeskik is, hoe lank sal die ongeskiktheid waarskynlik duur? If the insured is totally disabled, how long is total disablement likely to continue?	<input type="text"/>		
10. Indien die versekerde deelyds of op enige manier aandag aan sy besigheid skenk, vermeld die datum wat hy daarmee begin het? If the insured is now attending to his business partially or in any way, on what date did he commence doing so?	<input type="text"/>		

Ek verklaar dat ek die versekerde persoonlik ondersoek het en myself tevrede gestel het dat die versekerde aan die besering of siekte ly wat hierbo beskrywe word.

I certify that I have, by personal examination, satisfied myself that the insured is suffering from the injury or illness described above.

DATUM DATE	<input type="text"/>	HANDTEKENING VAN PRAKTISYN SIGNATURE OF PRACTITIONER	<input type="text"/>
---------------	----------------------	---	----------------------

Kwalifikasie Qualification	<input type="text"/>		
Naam van mediese praktisyn Name of mecial practitioner	<input type="text"/>		
Adres Address	<input type="text"/>		
Poskode Postal code	<input type="text"/>	Telefoonnommer Telephone number	<input type="text"/>