



Public Liability Accident Claim Form		Openbare Aanspreeklikheid Ongeluk		
	Broker		Makelaar	
	Policy number		Polisnommer	
INSURED	Name		Naam	
	Identity number		Identiteitsnommer	
	Occupation		Beroep	
	Address and (day) phone no.		Adres en (dag) telefoonnr.	
	Contact person		Kontak persoon	
INCIDENT	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	
WITNESS	Name	(1)	(2)	Naam
	Address	(1)	(2)	Adres
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			Beskrwyng van Skade
INJURIES	Name, address and age of injured person	(1)	(2)	Naam, adres en ouderdom van beseerde
	Details of injuries	(1)	(2)	Besonderhede van Beseering
	If person named	(1)	(2)	Indien bogenoemde persoon in u diens of u

POTENTIAL DAMAGES	above is in your service, or related to you, guve full details		person in a direct or indirect relation with the tenant or the landlord or a person who is related to the tenant or the landlord, please provide details	MOONTLIKE VERLIES
	If claim made against you give details and attach any correspondence		Indien u kennis ontvangt van een aanspraak, meld het van enige eis meld besonderheden en voorsien enige correspondentie	
	Is there any other insurance covering this Loss / Damage?		Is daar enige ander verzekering wat hierdie Verlies / Skade dek?	
	If so, give name and interest		Indien wel, meld naam en belang	
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 waar is.	
	Signature of insured:		Versekerde se Handtekening:	
	Capacity:		Hoedanigheid:	
	Date:		Datum:	
				VERKLARING