OLDMUTUAL INSURE

PUBLIC LIABILITY ACCIDENT REPORT FORM
OPENBARE AANSPREEKLIKHEID ONGELUK VERSLAGVORM

Old Mutual Insure Limited. Reg No: 1970/006619/06 VAT No: 4460101019
Authorised Financial Services Provider (FSP 12)
Gemagtigde Finasiele Diensverskaffer (FDV 12)

POLICY NO.	POLISNR.
CLAIM NO.	EISNR.

	BROKER/AGENT		MAKELAAR/AGENT	
Insured	NAME		NAAM	Versekerde
	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	Beskrywing van ongeluk
	Place where accident occurred		Plek waar ongeluk gebeur het	
	State exactly how the accident occurred	(Continue overleaf)	Meld presies hoe die ongeluk gebeur het (Vervolg opkeersy)	
Witnesses	Name, address and telephone. no.	1. / 2.	Naam, adres en telefoonnr.	Getuies
Police	If reported to police, state which station and reference number		Indien aan polisie gerapporteer meld betrokke kantoor en verwysingsnommer	Polisie
Property Damage	Name and address of owner		Naam en adres van eienaar	Eiendomskade
	Description of damage		Beskrywing van skade	
Personal injuries	Name, address and age of injured person	1. / 2.	Naam, adres en ouderdom van beseerde	Persoonlike beserings
	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, melt besonderhede	Verwantskap
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	Eis

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
.....	.....	.....

Verklaring