OLDMUTUAL

INSURE

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

INJURY / ILLNESS CLAIM FORM
BESERING / SIEKTE EISVORM

		POLICY NO.	POLISNR.	
		CLAIM NO.	EISNR.	
	BROKER/AGENT			MAKELAAR/AGENT
Insured	NAME AND BUSINESS			NAAM EN BESIGHEID
	VAT REGISTRATION NO.			BTW REGISTRASIENR
	ADDRESS AND DAY TELEPHONE NO.			ADRES EN DAG TELEFOONNR.
Insured Person	NAME AND AGE			NAAM EN OUDERDOM
	BUSINESS OR OCCUPATION			BESIGHEID OF BEROEP
Relationship of insured person to insured	If employee, give annual earnings defined in the policy			Indien werknemer, verskaf jaarlikse verdienste soos uiteengesit in die polis
	If other, specify relationship			Indien anders, verstrek besonderhede van verwantskap
Injury / Illness	When and where did accident occur or illness commence?	Date / Datum	Time / Tyd	Place / Plek
				Wanneer en waar het ongeluk plaasgevind of siekte begin?
	Give full particulars of the accident and nature of injuries or the name of the illness			Verskaf volle besonderhede van die ongeluk en aard van beserings of naam van die siekte
Witness	Name			Naam
	Address			Adres
Doctor	Name and address of Doctor who attended to you			Naam en adres van geneesheer wat u behandel het
	Name and address of your usual Doctor			Naam en adres van u eie geneesheer
Disablement	Period of temporary total disablement	From / Van	To / Tot	Tydperk van tydelike algehele ongeskiktheid
	Period of temporary partial disablement	From / Van	To / Tot	Tydperk van tydelike gedeeltelike ongeskiktheid
	Give date normal occupation resumed	Date / Datum		Meld datum waarop normale werk hervat is
	Has any permanent disablement resulted? Give details			Verskaf besonderhede van enige permanente ongeskiktheid wat veroorsaak is
Other Insurances	Give name of any other insurer with whom insured person is insured			Verskaf naam van enige ander versekeraar deur wie die versekerde person verseker is
Previous Claims	Give details of all claims made against insurers or in terms of WCA by the insured person			Verskaf besonderhede van enige eis ingedien teen versekeraars of kragtens die ongevallewet deur versekerde persoon

Declaration / Authorisation

I/We declare that the above particulars are true in everyrespect.
Ek/Ons verklaar dat die bovermelde besonderhede in elke opsig waar is.

Insured's Signature / Versekerde se Handtekening ..... Capacity / Hoedanigheid ..... Date / Datum .....

IMPORTANT

I hereby authorise any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish the company, or its authorised representative, all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

BELANGRIK

Hierby magtig ek enige hospital, geneesheer of ander persoon wat my behandel of ondersoek het, om alle inligting in verband met enige siekte of besering, mediese geskiedenis, konsultasie, voorskrifte of behandeling en afskrifte van alle hospital of mediese verslae aan die maatskappy of sy gemagtigde verteenwoordiger te verstrek. 'n Fotostaat van hierdie magtiging sal as net so doeltreffend en geldig as die oorspronklike beskou word.

Insured person's signature handtekening ..... Vesekerde persoon se

MEDICAL CERTIFICATE – MEDIESE SERTIFIKAAT

MUST BE COMPLETED BY THE DOCTOR CONSULTED — MOET DEUR DIE GENEESHEER WIE GERAADPLEEG IS VOLTOOI WORD

The Patient must obtain, at his own expense, the following certificate from a duly qualified and registered Medical Practitioner

Die Pasiënt moet op eie onkoste die volgende sertifikaat van 'n behoorlike gekwalifiseerde Mediese Praktisyn verkry.

When the Patient is fully recovered a doctor's certificate to that effect should be forwarded to the Insurers showing the periods of partial and total incapacity. *Wanneer die Pasiënt ten volle herstel het moet 'n doktersertifikaat tot dien effek en wat die tydperk van gedeeltelike en algehele ongeskiktheid aantoon, aan die Versekeraars gestuur word.*

NAME OF PATIENT / NAAM VAN PASIËNT……

HEIGHT / LENGTE……

MASS / MASSA……

1. When did you first attend upon the Patient in consequence of the Accident/Illness sustained?
   Wanneer het u die Pasiënt vir die eerste keer behandel na die plaasvind van die Ongeval/Siekte?
   ……
2. Are you still in attendance?
   Is die Pasiënt steeds onder u behandeling?
   ……
3. Are you the usual medical attendant of the Patient, and if so, how long have you known him/her?
   Is u die gewone geneesheer van die Pasiënt, en indien wel, hoe lank ken u hom/haar reeds
   ……
4. What was the cause of the Accident/Illness so far asknown?
   Wat was die oorsaak van die Ongevalle/Siekte – sover u weet?
   ……
5. What injuries were sustained?
   Watter beserings is opgedoen?
   ……
   (a) Region injured (if a hand or an arm, a foot or a leg, state whether it is the right or the left)
   Die liggaamsdeel wat beseer is (indien dit 'n hand of 'n arm, 'n voet of 'n been is, meld regter-of linker-)
   ……
   (b) Are the symptoms from which he/she suffers due to:
   Moet die simptome waaraan hy/sy ly, toegeskryf word aan:
   (i) The Accidetn/Illness alone, or
   Die Ongeval/Siekte alleen, of
   ……
   (ii) Are they traceable to any other cause?
   Kan dit teruggevoer word tot enige ander oorsaak?
   ……
6. Have you any reason to suspect that the Patient was not perfectly sober at the time of the Accident/
   Het u enige rede om te vermoed dat die Pasiënt nie volkome nugter was ten tye van die ongeval nie?
7. Is the Patient now, or was he/she at the time of the Accident/Illness subject to or suffering from any illness or disease irrespective of the Accident/Illness for which the benefit is claimed? If so, state the nature of same, and to what extent the recovery of the Patient may be affected thereby.
   Ly die Pasiënt op die oomblik of het hy/sy ten tyde van die Ongeval/Siekte aan enige siekte of kwaal gely, afgesien van die Ongeval/Siekte wat hy/sy opgedoen het en ten opsigte waarvan voordeel geëis word? Indien wel, meld die aard daarvan, en dui aan in watter mate die herstel van die Pasiënt daardeur beïnvloed kan word.
   ……
   ……
8. If you are the usual Medical Attendant of the Patient, are you aware of anything in his/her previous medical history which might have contributed directly or indirectly, to the occurrence of the Accident/Illness, or which may be likely to retard in any way recovery from it?
   Indien u die gewone geneesheer van die Pasiënt is, weet u van enigiets in sy/haar voorafgaande mediese geskiedenis wat regstreeks of onregstreeks tot die Ongeval/Siekte kon bygedra het, of wat waarskynlik herstel daarvan in enige opsig kan vertraag?
   ……
   ……
9. (a) Is Patient confined to bed, bedroom, or house by your directions/
   Het u die Pasiënt gelas om binnenshuis te bly?
   (b) ……
   Has Patient at any time been so confined since the date of the Accident/Illness? If so, give the dates:
   Was die Pasiënt ter enige tyd aan sodanige beperkings onderhewig sedert die datum van die Ongeval/Siekte? Indien wel, verstrek die datums:
   ……
10. If still so confined, please state: (a) Your opinion as to the probable duration of such confinement; (b) Probable date of being able to resume some portion of usual business or occupation:
    Indien hy/sy nog steeds aan sodanige beperkings onderworpe is, meld asseblief: (a) Die moontlike duur, volgens u sienswyse, van sodanige beperkings; (b) Die moontlike datum waarop hy/sy weer in staat sal wees om 'n gedeelte van sy/haar gewone besigheid of beroep te hervat:

    (a)…… (b)……
11. Are you prepared to certify that the Patient is TOTALLY disabled from attending to any portion of his/her business or occupation?
    Is u bereid om te sertifiseer dat die Pasiënt GEHEEL EN AL onbevoegd is om aandag te bestee aan enige deel van sy/haar besigheid of beroep?
    ……
    (TEMPORARY TOTAL DISABLEMENT occurs when through accidental bodily injury or illness, the Patient is immediately and continuously incapacitated for a specific period from attending to business or occupation of any kind).
    (TYDELIKE ALGEHELE ONGESKIKTHEID kom voor wanneer die Pasiënt, as gevolg van toevallige liggaamlike besering of siekte, onmiddelik en onafgebroke vir 'n spesifieke tydperk onbevoegd gemaak word om aandag te bestee aan hoegenaamd enige sort besigheid of beroep).
12. If Patient has been able to attend to a PORTION only of his/her usual business or occupation, and if this still continues, please state since when and also probable date of recovery.
    As die Pasiënt in staat was om aandag aan SLEGS 'N DEEL van sy/haar gewone besigheid of beroep te bestee, en as dit nog steeds die geval is, meld asseblief van wanneer af asook die moontlike datum van herstel.
    ……
    …… (TEMPORARY PARTIAL DISABLEMENT arises when the injury or illness does not wholly prevent the Patient from attending to business, or when Temporary Total Disablement ceases and he/she can attend to some portion of his/her usual business or occupation, but not the whole).
    (TYDELIKE GEDEELTELIKE ONGESKIKTHEID kom voor wanneer die besering of siekte wat opgedoen is, die Pasiënt nie geheel en al verhinder om aandag aan sy/haar besigheid of beroep te bestee nie, of wanneer sy/haar Tydelike Algehele Ongeskiktheid ten einde loop en hy/sy in staat is om aandag te bestee aan 'n deel van sy/haar gewone besigheid of beroep, maar nie aan alle aspekte daarvan nie).

13 If Patient has recovered, please state date ofrecovery.

. *As die Pasiënt reeds herstel het, meld asseblief die datum van herstel*

GENERAL REMARKS:
ALGEMENE OPMERKINGS……

……

……

I certify that the aforegoing statements are correct:
Ek sertifiseer dat die voorafgaande verklarings jus is:

Signature:
Handtekening:
……

Date:
Datum:
……

Name:
Naam:
……

Qualifications:
Kwalifikasies:
……

Address:
Adres:
……

MUFED 1705 2/92