

BESERING/SIEKTE EISVORM INJURY/ILLNESS CLAIM FORM

MAKELAAR/AGENT		POLISNOMMER		POLICY NUMBER		BROKER/AGENT	
VERSEKERDE	Naam en Besigheid					Name and Business	INSURED
	BTW Registrasienr.					VAT Registration No.	
	Adres en (Dag) Telefoonnr.					Address and (Day) Tel. No.	
VERSEKERDE PERSOON	Naam en Ouderdom					Name and Age	INSURED PERSON
	Besigheid of Beroep					Business or Occupation	
VERVAANTIGD VAN VERSEKERDE PERSOON AAN VERSEKERDE	Indien werknemer verskaf jaarlikse verdienste soos uiteengesit in die polis					If employee give annual earnings defined in the policy	RELATIONSHIP OF INSURED PERSON TO INSURED
	Indien anders verstrek besonderhede van verwantskap					If other, specify relationship	
BESERING/SIEKTE	Wanneer en waar het ongeluk plaasgevind of siekte begin?	Datum Date	Tyd Time	Plek Place	When and where did accident occur or illness commence?		INJURY/ILLNESS
	Verskaf volle besonderhede van die ongeluk en aard van beserings of naam van die siekte					Give full particulars of the accident and nature of injuries or the name of the illness	
GETUIES	Naam en adres					Name and address	WITNESS
GENEESHEER	Naam en adres van geneesheer wat u behandel het					Name and address of doctor who attended you	DOCTOR
	Naam en adres van u eie geneesheer					Name and address of your usual doctor	
ONGESKIKTHEID	Tydperk van tydelike algehele ongeskiktheid	Van From	Tot To			Period of temporary total disablement	DISABLEMENT
	Tydperk van tydelike gedeeltelike ongeskiktheid	Van From	Tot To			Period of temporary partial disablement	
	Meld datum waarop normale werk hervat is	Datum Date				Give date normal occupation resumed	
	Verskaf besonderhede van enige permanente ongeskiktheid wat veroorsaak is					Has any permanent disablement resulted? Give details	
ANDER VERSEKERING	Verskaf naam van enige ander versekeraar deur wie die versekerde persoon verseker is					Give name of any other insurer with whom insured person is insured	OTHER INSURANCES
VORIGE EISE	Verskaf besonderhede van enige eis ingedien teen versekeraars of kragtens die ongevallewet deur versekerde persoon					Give details of all claims made against insurers or in terms of WCA by the insured person	PREVIOUS CLAIMS

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

Versekerde se handtekening _____ Datum _____ Hoedanigheid _____
 Insured's signature _____ Date _____ Capacity _____

BELANGRIK

Hierby magtig ek enige hospitaal, 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 hospitaal 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.

IMPORTANT

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, or its authorized 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 authorization shall be considered as effective and valid as the original.

DECLARATION / AUTHORIZATION

VERKLARING / MAGTIGING

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 behoorlik 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

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?

Are you still in attendance?

Is die Pasiënt steeds onder u behandeling?

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?

What was the cause of the Accident/Illness so far as known?

Wat was die oorsaak van die Ongeval/Siekte – sover u weet?

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 Accident/Illness alone, or

die Ongeval/Siekte alleen, of

(ii) are they traceable to any other cause?

kan dit teruggevoer word tot enige ander oorsaak?

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?

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 tye 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 dur aan in watter mate die herstel van die Pasiënt daardeur beïnvloed kan word:

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?

(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:

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)

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 ALGHELE ONGESKIKTHEID kom voor wanneer die Pasiënt, as gevolg van toevallige liggaamlike besering of siekte, onmiddellik en onafgebroke vir 'n spesifieke tydperk onbevoegd gemaak word om aandag te bestee aan hoegenaamd enige soort besigheid of beroep.)

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 steedsx 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 GEDEELTELKE ONGESKIKTHEID kom voor wanneer die besering of siekte wat opgedoen is, die Pasiënt nie geheel en al verhoed 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.)

If Patient has recovered, please state date of recovery.

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

GENERAL REMARKS:

ALGEMENE OPMERKINGS:

I certify that the foregoing statements are correct:

Ek sertifiseer dat die voorafgaande verklarings juis is:

Signature:

Handtekening:

Name:

Naam:

Qualifications:

Kwalifikasies: