



Holburn Insurance Brokers

Sirius House, 2 Charles Way, Kloof, 3610

P.O. Box 973 Gillitts 3603

Tel: 031 7643870 Fax: 031 7643878 Fax to Email: 086 5214377

FSP Licence No. 30634

Established 1983



Financial Intermediaries Association
of Southern Africa

Public Liability Claim Form

THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

INSURER	Policy No.	Polisnr.	VERSEKERAAR	
	Claim No.	Eisnr.		
BROKER/AGENT			MAKELAAR/AGENT	
Insured	Name		Naam	Versekerde
	Address and telephone No.		Adres en telefoonnr.	
	Business or occupation		Besigheid of beroep	
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		Meld presies hoe die ongeluk gebeur het	
	(continue overleaf) (vervolg op keersy)			
Witnesses	Name, address and tel. 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	Eiendom skade
	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	
Relation-ship	If person named above is in your service, or your tenant, or related to you, give full details		Indien bogenoemde persoon in u diens of u huurder of aan u verwant is, meld besonderhede	Ver-wantskap
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	Ek/Ons verklaar dat na my/ons beste wete die bostaande verklarings juis afgelê is. I/We declare that to the best of my/our knowledge the above statements are truly made.			Verklaring
	Insured's signature Versekerde se handtekening _____	Capacity Hoedanigheid _____	Date Datum _____	