

PREMIUM HOLIDAY COVER

HOLIDAY COVER CLAIM FORM

Tel: 0861 773 648 (SA Only) / +27 39 688 5250 • Fax: 0861 329 842 (SA Only) / + 27 39 688 5005 • Email: phc@theholidayclub.co.za

PRINCIPAL MEMBER INFORMATION

| | | | |
|-------------------|--|----------------|--|
| | | Date of Claim | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Title | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | First Names | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Surname | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Date of Birth | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Passport / ID No. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Membership No. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

CLAIM INFORMATION (Please complete A or B where applicable)

| | | | |
|---|--|--|---|
| A - Death, Illness or Injury Holiday Replacement Cover | | Date of incident | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| First Names | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Date of birth | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Surname | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Date deceased <small>(if applicable)</small> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Passport / ID No. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Relationship of member to person affected <input type="checkbox"/> Member <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Other | |

| |
|--|
| B - Act of God |
| Date of incident <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Description of incident A or B

(Where and how it happened)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Please forward any of the following documents to us in order to process your claim efficiently:

- ▶ Doctor's diagnosis certificate
- ▶ Police statements
- ▶ Death certificate

RESERVATION INFORMATION

| | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------|---|----------------|---|
| Was the unit occupied | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how many days was the unit occupied? <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| Check-in Date | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Check-out Date | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Check-out Time | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Resort | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Reservation No. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |

I confirm that all information provided is true and that I have read and understood the terms and conditions as featured on www.theholidayclub.co.za

Insurer: African Unity Life Limited
 Administrator: African Unity Health (Pty) Ltd

Date

 Name of principal member

 Signature