Marius Carstens **FSP 35033** t/a

INSURANCE PARTNERS

GROUP FUNERAL SCHEME BROKERS

07 Cleveland Street
Boston
Bellville

PO Box 454
Sanlamhof
7532

VOX: 087 808 3007 Telkom: 021-949 8671
Fax: 021-948 9815 / 086 628 0359
Email: info@insurancepartners.co.za Web: www.insurancepartners.co.za

CONFIRMATION OF STILL BIRTH
BEVESTEGING VAN DOODGEBORENE

TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING DOCTOR/HOSPITAL
VIR VOLTOOING DEUR DIE DOKTOR/HOSPITAAL

The purpose of this form is to establish the period of pregnancy for purposes of Insurance claims
Die doel van hierdie vorm is om die periode van swangerskap te bepaal in geval van Versekerings eise.

Policy Nr / Polis No: …… Folder Nr/ Lêer No: ……

Child details/Kinder besonderhede _____

ID No/ D. O. B _____ Date of Birth / Geboorte datum_____

1st Day of Pregnancy / Eerste dag van Swangerskap _____

Biological Mother/ Biologiese Moeder _____

ID No/ D. O. B _____

Biological Father/ Biologiese Vader _____

ID No/ D. O. B _____

I sign hereto that I declare all information provided by me to be true and correct to my fullest knowledge.
Hiermee onderteken ek dat ek bevestig dat alle informasie deur my voorsien na my beste wete waar en korrek is.

Signed at/Geteken te ……. Date/Datum ……...

Dr/Prof /Name/Naam ……SAMDC/SANC Reg ……...

Practice/Praktyk/Hospital/Hospitaal …….. No ……

Signature/Handtekening ……

Official Stamp
Amptelike Stempel

Tel No: _____

Fax/Faks No _____

Cell/Sel: _____