

Professional Indemnity Excess Waiver Cover

“PROFSAVE”



RENASA
INSURANCE COMPANY LIMITED

Individual Application

Application:

Insured: _____

Registration number: _____

Street Address: _____

_____ Code: _____

Postal Address: _____

_____ Code: _____

Contact Details:

Phone Office:

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

Phone Home:

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

Cell:

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

Fax Office:

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

Fax Home:

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

Email Address: _____

Financial Service Provider: _____

F.S.P. Number: _____

Representatives:

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

Name: _____ ID:

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

(Affix an excel spread sheet for further representatives with same detail as above.)

Debit Order Details:

Name of Bank: _____

Account Holder: _____

Account Type: _____

Debit Order Date: _____

Account Number: _____

Branch: _____

Bank Code: _____

Signature of Account Holder: _____

Primary Professional Indemnity Policy

Insurer: _____
Policy Number: _____ Fax Office: _____
Inception Date: _____ / _____ / _____ Expiry Date: _____ / _____ / _____
 dd mm ccyy dd mm ccyy

Excess Amount/Required Cover: R -

Please nominate:
Discipline of practice:
(Specify. eg Insurance, Assurance, legal)

Claims Incurred (Number of Claims):

| | | | |
|----------------------------|-------------------|-------|---|
| In the last year: _____ | Amount Claimed: R | _____ | - |
| In the last 3 years: _____ | Amount Claimed: R | _____ | - |
| In the last 5 years: _____ | Amount Claimed: R | _____ | - |

Terms & Conditions:

I warrant that the information herein is true and correct to the best of my knowledge. I confirm that I am prepared to furnish IBG with any other relevant information that may be required. I further authorise IBG to obtain any relevant information they deem fit and authorise any third party to provide the relevant information to independently verify that the information contained in this application form is correct and for the purposes of assessing the risk in relation to the policy and underwriting the policy The Applicant accepts the terms and conditions of the wording supplied in the policy contract.
The applicant understands the cover on attached quote and explanation.
The applicant understands the cover is on a month-to-month basis, however the term of the contract is monthly, that failure to meet contributions after a claim has commenced could jeopardise payment of the claim unless paid for until the deemed annual renewal date of policy.

I, the undersigned, hereby accept the above term and conditions.

Signed at _____ **on this** _____ **day of** _____ **, 20** _____

Signature of client

IBG Underwriting Managers is an Authorised Financial Service provider FSP No:36515

WWW.IBG-UMA.CO.ZA
INFO@IBG-UMA.CO.ZA
087 807 8677

 