

**MEDICAL REPORT  
DISABLED CHILD  
\*WIDOW/WIDOWER**

**SECTION "A" - TO BE COMPLETED BY APPLICANT**

1. NAME OF APPLICANT/CHILD:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURNAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OTHER NAME(S)

3. ADDRESS:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(STREET)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(CITY/DISTRICT/COUNTY)

2. DATE OF BIRTH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YYYY

MM

DD

**PARTICULARS OF DECEASED INSURED**

4. NAME:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURNAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OTHER NAME(S)

5. NATIONAL INSURANCE NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. DATE OF DEATH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YYYY

MM

DD

**SECTION "B" - MEDICAL REPORT (To be completed by a Registered Medical Practitioner)**

Instructions: Questions 1 to 3 must be completed in all cases. Question 4 is applicable to Widowers only.

1. (a) Is applicant/child physically disabled?  YES  NO

(b) Is applicant/child mentally disabled?  YES  NO

2. If the answer to question 1 (a) or (b) is Yes

(a) Please give a full clinical description of the disability

---



---

(b) Please state the date on which the disability was diagnosed

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YYYY

MM

DD

3. How long have you been treating this patient? \_\_\_\_\_

4. Please state the date disability rendered him unable to work.

(Applicable to widowers only).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YYYY

MM

DD

**PARTICULARS OF DOCTOR**

NAME (Block Letters):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURNAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OTHER NAME(S)

ADDRESS

(Block Letters):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(STREET)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(CITY/DISTRICT/COUNTY)

TELEPHONE NUMBER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DOCTOR'S STAMP

DATE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

YYYY

MM

DD