



FATUM Schadeverzekering N.V.  
 FATUM Levensverzekering N.V.  
 FATUM Investments N.V.  
 E-Mail: fatum@sr.net  
 Website: http://www.fatum-suriname.com



**Hoofdkantoor:** Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 - Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541 • Fax (+597)410067  
**Bijkantoor Kwatta:** Kwattaweg 405 - Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755 • Fax (+597)530801  
**Bijkantoor Nickerie:** Landingstraat 14 - Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)231537 • Fax (+597)232031

## AANVRAAG FATUM WERELD REISVERZEKERING

Assurantietussenpersoon: ..... Polisnummer: .....

### 1. AANVRAGER

Naam en voornamen (voluit) : ..... Geslacht: M / V\*  
 ID/ paspoort nummer : .....  
 Geboortedatum : ..... Telefoon (Sur): .....  
 Adres in Suriname : ..... Woonplaats: .....  
 E-mail adres : .....  
 Land van bestemming : ..... Telefoon: .....  
 Logeeradres : .....  
 Postcode : ..... Woonplaats: .....  
 Ingangsdatum (= datum van aankomst): ..... Einddatum (tot en met): .....  
 (max. 12 mnd. t/m 69 jaar, max. 6 mnd. voor 70 jaar) Doel van het verblijf: .....

### 2. TE VERZEKEREN PERSONEN

Naam en voornamen (voluit)	Geb. datum	Geslacht	ID-/Paspoort nr.	Nationaliteit	Beroep/studie
.....	.....	M/V*	.....	.....	.....
.....	.....	M/V*	.....	.....	.....
.....	.....	M/V*	.....	.....	.....

### 3. GEZONDHEIDSVRAGEN (indien vraag 3 op meerdere te verzekeren personen van toepassing is, zie ommezijde)

Naam verzekerde persoon: .....

Vermeld de naam, adres en telnr. van uw huisarts c.q. behandelende specialist .....

- A1.** Heeft één van de te verzekeren personen in de afgelopen 5 jaar kwalen en/of klachten gehad?  Nee  Ja, welke kwalen/klachten, wanneer voor het eerst? .....
- A2.** Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen?  Nee  Ja, welke medicijnen? .....
- A3.** Zo ja, waarvoor gebruikt u deze medicijnen? .....
- B.** Is voor één van de te verzekeren personen advies gegeven tot opname in een ziekenhuis of dergelijke inrichting, of is dit binnen de looptijd van deze verzekering te verwachten?  Nee  Ja, waarom, welk ziekenhuis? .....

### PREMIE/INCASSO

..... (aantal) verzekerden met leeftijd t/m 69 jaar

De minimumpremie per polis bedraagt €30,- exclusief €2,50 resp. 3,50 (afhankelijk van keuze optie 1 of 2) - poliskosten

	<u>Optie 1: Europa</u>	<u>Optie 2: De rest van de wereld</u>
..... dagen x ..... (aantal verz. t/m 69 jr)	x € ..... = € .....	..... x € ..... = € ..... (exact aantal dagen)
Poliskosten	€ .....	€ ..... <b>Notanummer:</b>
<b>Totaal te voldoen</b>	<b>€ .....</b>	<b>€ .....</b>

De aanvrager verklaart voorafgaande vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord, akkoord te gaan met de verzekeringsvoorwaarden en kennis te hebben genomen van het feit, dat deze verzekering geen dekking verleent ter zake van kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, waaraan verzekerde lijdt of geleden heeft vóór de ingangsdatum van deze verzekering, ook wanneer verzekerde met het bestaan van die kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen niet bekend was op of vóór de ingangsdatum van deze verzekering. Voorts zijn onder meer de kosten voor zwangerschap en bevalling uitgesloten. Zie art. 5 van de verzekeringsvoorwaarden. Dit aanvraagformulier maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst.

De aanvrager is ermee bekend dat de verzekering pas tot stand komt na acceptatie door de maatschappij (art. 320 W.v.K.)

Tevens machtigt de aanvrager hierbij alle artsen, die hem behandeld hebben of zullen behandelen, de door de medisch adviseur van FATUM Schadeverzekering N.V. te vragen inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken.

De aanvrager stemt ermee in dat FATUM – indien zij dit nodig acht – eventuele andere bij FATUM bestaande dossiers van de aanvrager mag inzien en de informatie hieruit mag laten meewegen bij het al of niet accepteren van een claim op deze polis. Tevens verklaart aanvrager de polisvoorwaarden te hebben ontvangen en na lezing hiermee akkoord te gaan.

\*) Art. 320 W.v.K. luidt: elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verzwijging van aan den verzekerde (lees verzekeringnemer) bekende omstandigheden hoezeer te goeder trouw of aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarde zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.

Ingevuld te ..... d.d. .... Handtekening aanvrager .....

\*Doorhalen wat niet van toepassing is

### 3. GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam verzekerde persoon: .....

Vermeld de naam, adres en telnr. van uw huisarts c.q. behandelende specialist .....

A1. Heeft één van de te verzekeren personen in de afgelopen 5 jaar kwalen en/of klachten gehad?  Nee  Ja, welke kwalen/klachten, wanneer voor het eerst? .....

A2. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen?  Nee  Ja, welke medicijnen? .....

A3. Zo ja, waarvoor gebruikt u deze medicijnen? .....

B. Is voor één van de te verzekeren personen advies gegeven tot opname in een ziekenhuis of dergelijke inrichting, of is dit binnen de looptijd van deze verzekering te verwachten?  Nee  Ja, waarom, welk ziekenhuis? .....

### 3. GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam verzekerde persoon: .....

Vermeld de naam, adres en telnr. van uw huisarts c.q. behandelende specialist .....

A1. Heeft één van de te verzekeren personen in de afgelopen 5 jaar kwalen en/of klachten gehad?  Nee  Ja, welke kwalen/klachten, wanneer voor het eerst? .....

A2. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen?  Nee  Ja, welke medicijnen? .....

A3. Zo ja, waarvoor gebruikt u deze medicijnen? .....

B. Is voor één van de te verzekeren personen advies gegeven tot opname in een ziekenhuis of dergelijke inrichting, of is dit binnen de looptijd van deze verzekering te verwachten?  Nee  Ja, waarom, welk ziekenhuis? .....