

Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541

Filiaal Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755

Filiaal Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)0354356

Filiaal Nickerie: Landingstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)0231537

AANVRAAGFORMULIER FATUM REISANNULERINGSVERZEKERING

Assurantietussenpersoon: Polisnummer:

1. AANVRAGER

Naam en voornamen (voluit) : Geslacht: M V

Geboortedatum : Telefoonnr:

Adres in Suriname : Woonplaats:

E-mail adres :

Land van bestemming : Telefoon:

Logeeradres :

Postcode : Woonplaats:

2. TE VERZEKEREN PERSONEN

Naam en voornamen (voluit)	Nationaliteit	ID-/Paspoort nr.	Ticketnummer	Geb. datum	Geslacht
1.					M V
2.					M V
3.					M V

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

Naam: (Invullen indien één van onderstaande vragen met "Ja" is beantwoord)

a. 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?

b. Is daarvoor een arts geraadpleegd? ☐ Nee ☐ Ja, welke arts?

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

d. 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?

4. REISGEGEVENS

Totale reissom: ☐ EURO/☐ USD Ingangsdatum reis: Einddatum reis:

Datum boeking: Naam reisbureau:

Heeft u een FATUM Wereld Reispolis afgesloten: ☐ Nee ☐ Ja, Polisnummer:

6. OVERIGE MEDEDELINGEN (Graag een nadere toelichting op vragen die met een "Ja" zijn beantwoord)

Is aan de te verzekeren personen ooit een verzekering geweigerd, opgezegd of zijn bijzondere voorwaarden gesteld?

☐ Nee ☐ Ja,

Heeft u nog iets mee te delen dat voor de beoordeling van deze aanvraag van belang zou kunnen zijn?

☐ Nee ☐ Ja,

De aanvrager verklaart voorafgaande vragen volledig en naar waarheid te hebben beantwoord, en akkoord te gaan met de verzekeringsvoorwaarden. Voorts verklaart de aanvrager dat omstandigheden die voor de Maatschappij van belang kunnen zijn niet verzwegen of onjuist voorgesteld zijn.

Dit aanvraagformulier maakt deel uit van de verzekeringsovereenkomst.

Ingevuld te d.d. Handtekening aanvrager

* doorhalen wat niet van toepassing is

GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam: (Invullen indien één van onderstaande vragen met “Ja” is beantwoord)

- a. 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?
.....
- b. Is daarvoor een arts geraadpleegd? ☐Nee ☐Ja, welke arts?
.....
- c. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen? ☐Nee ☐Ja, welke medicijnen?
.....
- d. 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?
.....

GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam: (Invullen indien één van onderstaande vragen met “Ja” is beantwoord)

- a. 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?
.....
- b. Is daarvoor een arts geraadpleegd? ☐Nee ☐Ja, welke arts?
.....
- c. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen? ☐Nee ☐Ja, welke medicijnen?
.....
- d. 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?
.....

GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam: (Invullen indien één van onderstaande vragen met “Ja” is beantwoord)

- a. 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?
.....
- b. Is daarvoor een arts geraadpleegd? ☐Nee ☐Ja, welke arts?
.....
- c. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen? ☐Nee ☐Ja, welke medicijnen?
.....
- d. 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?
.....

GEZONDHEIDSVRAGEN

Naam: (Invullen indien één van onderstaande vragen met “Ja” is beantwoord)

- a. 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?
.....
- b. Is daarvoor een arts geraadpleegd? ☐Nee ☐Ja, welke arts?
.....
- c. Gebruikt één van de te verzekeren personen medicijnen? ☐Nee ☐Ja, welke medicijnen?
.....
- d. 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?
.....