



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



Hoofdkantoor: Noorderkerkstraat 5-7 • Postbus 1845 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)471541 • Fax (+597)410067
Filiaal Kwatta: Kwattaweg 405 • Paramaribo, Suriname • Tel (+597)465755 • Fax (+597)530801
Filiaal Commewijne: Oost-West verbinding 51 • Meerzorg, Suriname • Tel (+597)0354356 • Fax (+597)0354404
Filiaal Nickerie: Landingsstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)0231537 • Fax (+597)0232031

AANVRAAGFORMULIER 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. leeftijd t/m 69 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

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

Optie 1: Europa		Optie 2: De rest van de wereld		Notanummer:
_____ dagen x _____ aantal verz.	x € _____ = € _____	_____ x € _____	= € _____ (exact aantal dagen)	
	Poliskosten € _____		€ _____	
	Totaal te voldoen € _____		€ _____	

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? _____