

IN TE VULLEN DOOR ASSURIA OF TUSSENPERSOON:

1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Klantnummer	:				
Naam	:				
Voornamen (voluit)	:				
Geboortedatum	:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	
Correspondentie-adres	:				
Huisnummer	:		Woonplaats	:	
Telefoonnummer	:		Fax nummer	:	
E-mailadres	:				
ID nummer CBB	:				

2. TE VERZEKEREN PERSOON

Relatienummer	:			
Naam	:			
Voornamen (voluit)	:			
Geboortedatum	:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Beroep	:			

3. RISICO VERZWARLENDE OMSTANDIGHEDEN

Waaruit bestaan uw dagelijkse beroepsbezigheden?

- Hoofdzakelijk administratief Hoofdzakelijk toezichhoudend/leidinggevend
 Uitvoerend

Reist u voor uw beroep? Nee Ja

Zo ja, binnen welk gebied en hoeveel dagen per jaar?

Welke sport/hobby wordt door u beoefend?

Wenst u het onderstaande risico mee te verzekeren ?

- motorrijden vanaf 50 cc. t/m 125 cc. cilinderinhoud Nee Ja
• motorrijden met meer dan 125 cc. cilinderinhoud Nee Ja

4. GEZONDHEIDSVRAGEN

(alleen beantwoorden indien verzekerde bedrag boven USD 15.000 of Euro 11.000 of SRD 50.000 is)

Heeft de te verzekeren persoon ooit een ongeval gehad? Nee Ja

Zo ja, welke datum en waaruit bestond het letsel?

Is er nu nog sprake van restklachten of afwijkingen? Nee Ja

Zo ja, graag toelichten.

Is er sprake (geweest) van arbeidsongeschiktheid? Nee Ja

Zo ja, wanneer en hoe lang heeft deze geduurd?

Heeft u geleden aan een ziekte, kwaal, aandoening of afwijking? Nee Ja

Zo ja, graag toelichten.

Gebruikt u medicijnen? Nee Ja

Zo ja, welke?

5. DEKKING

a. Valutakeuze: SRD USD EUR

Welke rubrieken wenst u te verzekeren?	Verzekerd bedrag invullen
<input type="checkbox"/> Rubriek A: Een uitkering bij overlijden ten gevolge van een ongeval.	
<input type="checkbox"/> Rubriek B: Een uitkering, indien ten gevolge van een ongeval blijvende invaliditeit intreedt. Wilt u een progressieve uitkering? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja (50% premie-opslag)	
<input type="checkbox"/> Rubriek C: Een uitkering, indien verzekerde ten gevolge van een ongeval tijdelijk arbeidsongeschikt is. ▪ Eigen risico periode: <input type="checkbox"/> 8 dgn (standaard) Keuzemogelijkheden: (tegen toekenning korting) <input type="checkbox"/> 16 dgn <input type="checkbox"/> 20 dgn <input type="checkbox"/> 30 dgn <input type="checkbox"/> 90 dgn <input type="checkbox"/> 180 dgn ▪ Maximale uitkeringsduur: <input type="checkbox"/> 1 jaar (standaard) Keuzemogelijkheden: (tegen toekenning korting) <input type="checkbox"/> 9 mnd <input type="checkbox"/> 6 mnd <input type="checkbox"/> 3 mnd <input type="checkbox"/> 2 mnd <input type="checkbox"/> 1,5 mnd <input type="checkbox"/> 1 mnd	per dag
<input type="checkbox"/> Rubriek D: Een vergoeding van geneeskundige kosten, ten gevolge van een ongeval.	

c. Aan wie moet de uitkering geschieden?

Naam begunstigde

Rubriek A: Bij overlijden

per ongeval

Rubriek B: Bij blijvende invaliditeit

Rubriek C: Bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Rubriek D: Wegens geneeskundige kosten

6. INGANGSDATUM VAN DE VERZEKERING:

Looptijd: 1 jaar doorlopend Korte termijn: wat is de einddatum?

De verzekeringnemer c.q. te verzekeren persoon verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord en verklaart kennis te dragen van het bepaalde in Art. 320 W.v.K.*

De verzekeringnemer c.q. te verzekeren persoon verklaart voorts akkoord te gaan met de polisvoorwaarden en is ermee bekend dat de verzekering pas tot stand komt na acceptatie door de maatschappij.

Tevens machtigt de te verzekeren persoon hierbij alle artsen, die hem/haar behandeld hebben of zullen behandelen, de door de Medisch Adviseur van Assuria Schadeverzekering N.V. te vragen inlichtingen omtrent zijn/haar gezondheidstoestand te verstrekken. De te verzekeren persoon stemt ermee in dat Assuria - indien zij dat nodig acht - eventueel andere bij verzekeraar bestaande dossiers van de verzekerde persoon inziet en deze informatie laat meewegen bij het al dan niet accepteren van een risico of van een claim.

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 ingesloten, indien de verzekeraar van den waren staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.*

Paramaribo

Handtekening verzekeringnemer

Handtekening te verzekeren persoon

Naam en handtekening Assuria tussenpersoon

IN TE VULLEN DOOR ASSURIA OF TUSSENPERSOON:

Naam tussenpersoon

Tussenpersoonnummer

Polisnummer

Objectnummer

IN TE VULLEN DOOR ASSURIA MEDEWERKER t.b.v. RISICO-ACCEPTATIE

<i>Gevarenklasse</i>	<i>Akkoord acceptatie</i>	<i>Opmerkingen</i>