Self Reliance VERZEKERINGEN

**N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij**
ISO 9001 gecertificeerd

Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71 • P.O.Box 2472 • Paramaribo - Suriname
Tel: (597) 472582 / 474182 / 474446 • Fax: (597) 475588

E-mail: self-reliance@sr.net • Website: http://www.self-reliance.sr

# B1 *UITGEBREID AANVRAAGFORMULIER

**Agent:**……

☐ **Begrafenisverzekering**

**Minimum SRD 10.000,- Maximum SRD 23.500,-**
**Verzekerd Kapitaal:** ☐ **SRD** ……..
☐ **US$** …….....
☐ **EURO €** ……..

☐ **Tijdelijke Overlijdens Risico verzekering**

**Minimum SRD 10.000,-**
**Verzekerd Kapitaal :** ☐ **SRD** ……..
☐ **US$** ……..
☐ **EURO €** ……
**Looptijd :** ……..

## Personalia — Door de verzekeringnemer in te vullen

Doorhalen wat niet van toepassing is

Voorna(a)m(en) : …….....

Naam : ……..

Meisjesnaam : ……..

Geboortedatum : ……..

I.D. no.* : ……..
(copie ID bijvoegen)

Geslacht : ☐ M / ☐ V

Adres + huisnr. : …….....

Woonplaats : ……..

Distrikt : ……..

Tel.nr + Emailadres : ……

Nationaliteit* : ……..
(bewijs van ingezetene, indien geen Surinamer)

Burgelijkestaat : ☐ Gehuwd/ ☐ Ongehuwd/
☐ samenwonend/ ☐ gescheiden/
☐ weduwe/ ☐ weduwnaar

**Betalingswijze:**

☐ Per jaar ☐ Per halfjaar ☐ Per kwartaal ☐ Per maand
☐ Per bank ☐ Per kas

## Personalia — Door de verzekerde in te vullen

Voorna(a)m(en) : …….....

Naam : ……..

Meisjesnaam : ……..

Geboortedatum : ……..

I.D. no. : ……..

Geslacht : ☐ M / ☐ V

Adres + huisnr. : …….....

Woonplaats : ……..

Distrikt : ……..

Telefoon : ……..

Nationaliteit : ……..

Burgelijkestaat : ☐ Gehuwd/ ☐ Ongehuwd/
☐ samenwonend/ ☐ gescheiden/
☐ weduwe/ ☐ weduwnaar

**Begunstiging:**

☐ **Standaard** ☐ **Specifiek**

| | **Naam + Voornaam** | **Geboorte datum:** | **Relatie:** |
|---|---|---|---|
| 1. Verzekeringnemer | …… | ……/……/…….. | …… |
| 2. Echtgeno(o)t(e) | …….. | ……/……/…….. | …… |
| 3. Kinderen | …….. | ……/……/…… | …… |
| 4. Geregistreerde partner | …….. | ……/……/…… | …… |
| 5. Overige erfgenamen | …… | ……/……/…… | …… |

Self Reliance VERZEKERINGEN

**N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij**
ISO 9001 gecertificeerd

Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71 • P.O.Box 2472 • Paramaribo - Suriname
Tel: (597) 472582 / 474182 / 474446 • Fax: (597) 475588

E-mail: self-reliance@sr.net • Website: http://www.self-reliance.sr

## B2 Door te verzekeren persoon in te vullen

**Medische historie verzekerde**

**Lengte: ..... mtr/cm.** **Gewicht:.....kg**

| | JA | NEE | Bent u nog onder medische behandeling JA | NEE |
|---|---|---|---|---|
| **3a**. Moet u regelmatig hoesten? | | | | |
| Zo ja, - is dat gedurende de laatste 2 jr. regelmatig? | | | | |
| - hoest u langer dan 3 maanden achter elkaar? | | | | |
| - hoest u ook □ slijm / □ bloed op? (omcirkelen) | | | | |
| **3b.** Heeft u nog al eens last van kortademigheid? | | | | |
| Zo ja, - in rust? | | | | |
| - bij gewoon lopen? | | | | |
| - bij trap lopen? | | | | |
| - bij tegenwind lopen of fietsen? | | | | |
| - komt de kortademigheid in aanvallen van benauwdheid(astma/bezetting)? | | | | |
| **3c**. Heeft u □ bronchitis, □ bezetting of □TBC? (omcirkelen) | | | | |
| **4a**. Heeft u 's nachts vaak last van kortademigheid? | | | | |
| Is het noodzakelijk op meer dan 1 kussen te slapen? | | | | |
| **4b**. Heeft u een geruis aan het hart of trombose? | | | | |
| **4c**. Heeft u frequent pijn of een beklemd gevoel op de borst of hartstreek? | | | | |
| Zo ja, - in rust? | | | | |
| - bij lichamelijke inspanning? | | | | |
| Geef een voorbeeld: …… | | | | |
| **4d**. Heeft u hoge bloeddruk? Zo ja, hoelang? …… | | | | |
| Zo ja, medicatie …… dosering …… | | | | |
| **4e**. Heeft u last van zwelling om uw enkels? | | | | |
| **4f**. Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed? | | | | |
| Zo ja, medicatie …… dosering …… | | | | |
| 5. Heeft u suikerziekte? | | | | |
| Zo ja, medicatie …… dosering …… | | | | |
| **6.** Heeft u verschijnselen van steeds hongerig gevoel, dorst hebben en veel urineren? | | | | |
| **7.** Heeft u een H.I.V. test gedaan? Zo ja, wanneer …… | | | | |
| en waarom …… Uitslag pos. (wel) □ neg. (niet) □ | | | | |
| **8.** Heeft u een medische keuring ondergaan? Zo ja,- wanneer …… | | | | |
| - waarom? …… | | | | |
| - wat is/ was het resultaat? …… | | | | |
| **9**. Bent u ooit geopereerd geworden? | | | | |
| Zo ja, waarvoor? …… Wanneer ? …… | | | | |
| Door wie werd u geopereerd? …… | | | | |
| **10.** Gebruikt u of heeft u enige soort van medicijnen regelmatig gebruikt? | | | | |
| Zo ja, welke en hoe vaak ? | | | | |
| Waartegen? …… | | | | |
| **11**. Rookt u? | | | | |
| Zo ja, hoe lang al en hoeveel sigaretten/ sigaren per dag? …. jr/ ….. p/dg | | | | |
| Indien u gestopt bent met roken: wanneer bent u gestopt? …… | | | | |
| en hoe lang heeft u gerookt? | | | | |
| 12. Heeft u ooit drugs gebruikt? | | | | |
| Zo ja, welke en wanneer? ……/…… | | | | |
| Bent u ooit medisch behandeld voor drugsgebruik en door wie ? …… | | | | |

Self Reliance VERZEKERINGEN

**N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij**
ISO 9001 gecertificeerd

Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71 • P.O.Box 2472 • Paramaribo - Suriname
Tel: (597) 472582 / 474182 / 474446 • Fax: (597) 475588

E-mail: self-reliance@sr.net • Website: http://www.self-reliance.sr

**13**. Gebruikt u alcoholische drank? ……..
Zo ja, welke? …… En hoeveel per dag …… per week …….?

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

| | | | Bent u nog onder medische behandeling ? | |
|---|---|---|---|---|
| | JA | NEE | JA | NEE |
| Bent u ooit medisch behandeld voor alcoholisme en door wie? …… | | | | |
| **14.** Bent u op dit moment onder medische behandeling voor één of andere ziekte? | | | | |
| Zo ja, welke ziekte? …….. | | | | |
| **15.** Komt er in uw familie een andere ziekte dan bovengenoemde voor of een andere erfelijke aandoening die bij u bekend is? Zo ja, welke? …… | | | | |
| 16. Bent u ooit onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen: ( waar nodig omcirkelen) | | | | |
| - ☐ overspannenheid/ ☐ geestelijke aandoening/ ☐ chronische hoofdpijn | | | | |
| - vallende ziekte (☐epilepsie/ ☐ duizeligheid/ ☐ bewustzijnstoornissen | | | | |
| - ☐ reuma/ ☐ SLE | | | | |
| - jicht | | | | |
| - ☐ artrose (slijtage gewrichten) ☐ andere spier- of gewrichtsklachten. Zo ja,waar? ..... | | | | |
| - langdurige nek-/rugklachten | | | | |
| - galblaas | | | | |
| - lever (v.b. geelzucht) , leveronsteking | | | | |
| - nieren of blaas | | | | |
| - staat u s'nachts gewoonlijk meer dan 1 keer op om te urineren? | | | | |
| - huidklachten (v.b. eczeem, psoriasis) | | | | |
| - kanker of gezwellen | | | | |
| - hepatitis B/C | | | | |
| - aangeboren afwijkingen. Zo ja, welke? ..... | | | | |
| - Heeft u last van een lichamelijke en / of geestelijke aandoening, die eerder niet genoemd is ? Zo ja, welke? ..... | | | | |
| Wie is/zijn de behandelende specialist(en) (geweest)? ..... | | | | |
| - schildklier aandoening en/of een hormoonziekte | | | | |
| - sikkelcellen. Zo ja, welk type? ☐ SS/ ☐ AS (doorhalen wat niet van toepassing is) | | | | |
| - verlammingen en "zenuwstoornissen" | | | | |
| - maagklachten, darmklachten, een lever – of een galblaasaandoening | | | | |
| - een geslachtsziekte of sexueel overdraagbare aandoening, een aandoening van de geslachtsorganen | | | | |
| - een zenuwontsteking, reuma, botziektes, botbreuken, afwijkingen aan de wervelkolom of frequente rugpijn | | | | |
| - "Lage Sali" (bloedarmoede) of een andere bloedstoornis | | | | |
| - bewusteloosheid | | | | |
| - aanhoudende heesheid | | | | |
| - knobbels in uw hals, oksels of liezen | | | | |
| - langer dan 2 maanden aanhoudende klachten van erge vermoeidheid, persisterende koorts met nachtzweten of persisterende diarree | | | | |
| - ernstig gewichtsverlies zonder dieetmaatregelen | | | | |
| - langer dan 3 maanden aanhoudende hoest, die niet in relatie is met roken? | | | | |
| - verhoogde bloedingsneiging, dengue met of zonder complicaties of malaria | | | | |

Self Reliance VERZEKERINGEN

**N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij**
ISO 9001 gecertificeerd

Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71 • P.O.Box 2472 • Paramaribo - Suriname
Tel: (597) 472582 / 474182 / 474446 • Fax: (597) 475588

E-mail: self-reliance@sr.net • Website: http://www.self-reliance.sr

## B3 Overige

| | | | Bent u nog onder medische behandeling ? | |
|---|---|---|---|---|
| | JA | NEE | JA | NEE |
| **17**. Bent u ooit opgenomen in een ziekeninrichting? | | | | |
| Zo ja, waarvoor? …….. Wanneer? …… | | | | |
| Wie is/zijn de behandelende specialist(en) (geweest)? …….. | | | | |
| **18**. Doet u regelmatig aan sport? Zo ja, welke? ……/……..p/wk……p/mnd. | | | | |
| **19.** Heeft u ooit eens een bloedtransfusie gehad? | | | | |
| Zo ja, wanneer heeft dit plaatsgevonden en welk land en ziekenhuis? | | | | |
| **20**. Is uw bloed weleens onderzocht? | | | | |
| Zo ja, wanneer en met welk resultaat? ……/…… | | | | |
| **21**. Heeft u een ziektekostenverzekering? | | | | |
| Zo ja, waar? (copie bijvoegen) …… | | | | |
| **22**. Geniet u krachtens een CAO of arbeidsovereenkomst, medische voorzieningen? | | | | |
| Zo ja, welke? …… | | | | |
| **23.** Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een levens- en/of ziektekostenverzekering geweigerd, opgezegd,of deze op bijzondere voorwaarden geaccepteerd? | | | | |
| Zo ja, bij welke maatschappij en waarom? …… | | | | |

**24.** Wie was uw vorige huisdokter? …….....
**25**. Wie is uw huidige dokter? …….....
Adres: ……..... Telefoon: ……. ..... Fax: …….....
**26.** Wie is uw werkgever?..... Beroep/ Functie: …….....
Datum indiensttreding: ……...

**Bij kredieten en hypotheken komen de rechten uit de aangevraagde verzekering altijd toe aan de kredietverstrekker. Hierbij de akte of de leenovereenkomst overleggen.**

Naam kredietverstrekker: …….....
Adres: …….....
Hypotheek/Kredietbedrag: ☐ SRD/ ☐ US$/ ☐ EURO: …….....
Aflossingstermijn: ……..
Ingangsdatum: ……..

**Ondergetekenden verklaren dat alle antwoorden op de gestelde vragen naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord dan wel zijn ingevuld en dragen kennis dat verzwijging en/of verkeerde of onvoldoende informatie de verzekeringsovereenkomst nietig verklaard kan worden.**
**Tevens verklaren ondergetekenden dat zij bij hun aanvraag de algemene voorwaarden, welke deel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst, hebben doorgenomen en zich hiermee akkoord verklaren.**
**Voorzover ondergetekenden akkoord gaan met de door Self-Reliance uitgebrachte offerte zullen deze voorwaarden worden verstrekt bij afgifte van het polisblad en vormen tezamen de polis.**
**Onze polisvoorwaarden kunt u nalezen op onze website www.self-reliance.sr.**

Self Reliance VERZEKERINGEN

N.V. Surinaamse Assurantie Maatschappij
ISO 9001 gecertificeerd

Heerenstraat 48-50 / Henck Arronstraat 69-71 • P.O.Box 2472 • Paramaribo - Suriname
Tel: (597) 472582 / 474182 / 474446 • Fax: (597) 475588

E-mail: self-reliance@sr.net • Website: http://www.self-reliance.sr

**Machtiging:**
**Ondergetekende verzekerde verklaart dat hij/zij Self Reliance Leven N.V. toestemming geeft voor het opvragen van inlichtingen zonder enig voorbehoud omtrent de gezondheidstoestand dan wel gestelde diagnosen en/of medische historie bij de behandelende arts (en).**

**Niettegenstaande deze machtiging ontheft het de verzekerde niet om te voldoen aan de mededelingsplicht, zoals opgenomen in de polisvoorwaarden artikel 7.**

Plaats: …… Datum: ……/……/20……

Handtekening verzekeringnemer: …… Handtekening verzekerde:……..

| B 4 | Door Self Reliance Leven in te vullen |
|---|---|

☐ Acceptatie zonder byzondere voorwaarden

☐ Acceptatie onder byzondere voorwaarden: ☐ Toeslag:.....%

☐ Anders, nl.....

Aantekeningen door de medisch adviseur dd:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Paraaf + naam medisch
adviseur:.....