

Aanvraagformulier i.v.m verlenging reisverzekering

Naam/ Code / Telefoonnummer van de agent:

1. Aanvrager/ Verzekeringnemer (indien van toepassing)

Naam:
Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:
Telefoonnummer(s):
Adres:

2. Verzekerde

Naam:
Voorna(a)m(en):
Geboortedatum:
Telefoonnummer(s):
Huisarts:
Ingangsdatum van de verlenging:/...../20.....
Terugkeerdatum:/...../20.....

3. Bent u in de periode van de huidige verzekering medisch behandeld? Ja Nee

Zo ja, wanneer?
Door welke arst of specialist?
Waarvoor en hoe lang heeft de behandeling geduurd?
Bent u opgenomen in een ziekenhuis/sanatorium? Ja Nee
Zo ja, welk ziekenhuis/sanatorium?
Wanneer?
Zijn er nog andere zaken/ feiten? Ja Nee
Zo ja, welke?

Slotverklaring

Ondergetekende verklaart voorafgaande opgaven geheel naar waarheid te hebben verstrekt en is zich ervan bewust, dat bij onjuiste opgave(n) en/of verwijzing(en) van alle voor de beoordeling van het risico van belang zijnde omstandigheden, de verzekering nietig is.

Voorts is hij/zij zicht bewust dat de aanvraagde verzekering geen kosten van voortgezette of voorgeschreven behandeling vergoedt en dat in deze onder acute ziekte wordt verstaan een ziekte waarbij zicht plotseling hevig optredende symptomen voordoen, waarvan redelijkerwijs mag worden aangenomen dat deze niet in verband staan met een reeds bestaande ziekte of een ziekte en/of gevolgen daarvan, die al dan niet manifest was, voor de ingangsdatum van de polis.

Hij/zij machtigt in geval schade zijn/haar behandelde arts(en) zonder enig voorbehoud alle gewenste inlichtingen omtrent de aard van de ziekte/het letsel, de wijze van behandeling en de gevolgen te verstrekken aan de medisch adviseur van de N.V Surinaamse Assurantie Maatschappij SELF RELIANCE.

Hij/zij stemt ermee in, dat deze aanvraag de basis van het contact zal vormen tussen hemzelf/haarzelf en SELF RELIANCE.

Hij/zij verbindt zich de overeenkomstig aanvraag en de bij SELF RELIANCE geldende tarieven en voorwaarden opgemaakte polis in ontvangst te nemen en de verschuldigde premie en kosten te zullen voldoen.

Paramaribo, /..... /20.....

Handtekening verzekerde / verzekeringnemer

(Bij minderjarigheid handtekening wettelijke vertegenwoordiger)