

**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)354356 • Fax (+597)354404  
**Filiaal Nickerie:** Landingstraat 14 • Nieuw Nickerie, Suriname • Tel (+597)231537 • Fax (+597)232031

## AANVRAAGFORMULIER VERZEKERING OP BASIS VAN DE SURINAAMSE ONGEVALLEN REGELING (S.O.R.)

Betreft:  Nieuwe aanvraag  Wijziging      Polisnummer: .....

Assurantietussenpersoon: .....      Inspecteur: .....

**Belangrijk:** Alle vragen moeten volledig beantwoord worden, strepen zijn niet geoorloofd. Onjuiste of onvolledige beantwoording of elke verzwijging kan nietigheid van de verzekering ten gevolge hebben.

### 1. Aanvrager, de verzekeringnemer, de werkgever

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| a. Naam                        | a. ....                |
| b. Voornamen (voluit)          | b. ....                |
| c. Naam van het bedrijf        | c. ....                |
| d. Incasso-adres               | d. ....                |
| e. Woonplaats                  | e. ....                |
| f. Telefoonnummer(s)           | f. ....                |
| g. E-mailadres                 | g. ....                |
| h. Wat is de oprichtingsdatum? | h. .... / .... / ..... |

### 2. Soort onderneming:

	Adres (sen) waar bedrijven worden uitgeoefend	Soort van bedrijven	Aantal werkdagen p/w	Gevaren klasse	Gevaren cijfer
a.	.....	.....	.....	.....	.....
b.	.....	.....	.....	.....	.....
c.	.....	.....	.....	.....	.....

### 3. Op welke dag(en) is het bedrijf gesloten?

- Maandag  Dinsdag  Woensdag  Donderdag  Vrijdag  Zaterdag  Zondag

\* Aankruisen wat van toepassing is

### 4. Gegevens over de te verzekeren werknemers:

- a. Hoeveel werknemers zijn in de onderneming werkzaam?      a. ....
- b. de navolgende werknemers zijn in dienst op de ingangsdatum van de verzekering tegen het achter hun naam vermelde dag-/week-/fortnight-/maandloon.

	Naam en voornaam (voluit)	Geb.datum	Functie	Salaris	Verzekerd dagloon
1.	.....	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....	.....	.....

**5. Ingangsdatum**

De verzekering dient in te gaan op:

..... / ..... / 20 .....

tot 1 januari van het eerstvolgend jaar  
en vervolgens van jaar tot jaar doorlopendPremieberekening op grond van de in de aanvraag verstrekte  
gegevens:

Brutopremie SRD .....

Overige SRD .....

Poliskosten SRD .....

**Te betalen SRD .....**

De ondergetekende staat in voor de juistheid van de door hem/haar verstrekte gegevens en verklaart niets te hebben verzwegen dat voor het aangaan van deze verzekering van belang kan zijn. Hij/zij gaat akkoord met de voorwaarden, waaronder de premie, die voor deze bij FATUM Schadeverzekering N.V. aangevraagde verzekering gelden. Voorts verklaart hij/zij, dat de gebouwen, machines en werktuigen van zijn/haar onderneming in goede staat verkeren en zullen worden gehouden.

Dit aanvraagformulier maakt deel uit van de te sluiten verzekeringsovereenkomst.

Handtekening verzekeringnemer: .....

Datum: ..... / ..... / 20 .....