

Gegevens verzekeringnemer indien het aanvraag voor bedrijven betreft:

1. Naam verzekeringnemer/aanvrager

Naam bedrijf

Naam eigenaar

KKF nummer

Mobielnummer

E-mailadres

Gegevens verzekeringnemer indien het een aanvraag voor individuen betreft:

2. Naam

Voornamen (voluit)

Geboortedatum Geslacht M V

Nationaliteit

Identiteitskaart- / Paspoortnummer

Mobiel nummer (verplicht)

E-mailadres

Faxnummer

Correspondentie-adres

Bankinstelling / Rekeningnummer

Gegevens te verzekeren persoon:

3. Naam

Voornamen

Geboortedatum Geslacht M V

Adres Woonplaats

Nationaliteit

Identiteitskaart- / Paspoortnummer

Relatie tot de verzekeringnemer

Mobiel nummer (verplicht)

E-mailadres

Geef de gewenste ingangsdatum aan

Hoe wenst u te betalen? P/maand P/kwartaal P/half jaar P/jaar

Bent u op dit moment elders verzekerd? Ja Nee

Zo ja, bij welke maatschappij? Vervaldatum verzekering

N.V. Paramaribo Schade Assurantie Company

Henck Arronstraat 115-119 Paramaribo t +597 421212 klantenservice@parsasco.com
Waterloostraat 15B Nickerie t +597 0210421 nickerie@parsasco.com
Tamansarie 92 Commewijne t +597 356922 commewijne@parsasco.com
van Drimmelenweg BR3 Lelydorp t +597 0369077 lelydorp@parsasco.com

zorg@parsasco.com www.parsasco.com



Medische vragen m.b.t. de te verzekeren persoon:

4. 1. Wat is uw lengte in cm?
- Wat is uw gewicht in kg?
2. Bent u arbeidsongeschikt?
- Zo ja, wat is de reden?

Bent u in de laatste 5 jaren onder behandeling geweest van 1 of meerdere van de hierondergenoemde ziekten of aandoeningen?

5. 3. Cataract (staar, lensvertroebeling) Ja Nee
- Glaucoom (verhoogde oogdruk) Ja Nee
- Afwijkingen aan netvlies? Ja Nee
- Een andere aandoening of ziekteverschijnsel van de ogen? Ja Nee
- Indien "Ja" gaarne toelichten
- Bent u bril dragend en/of gebruikt u contactlenzen? Ja Nee
- Refractiegegevens (sterkte) LS RS Cyl
4. Heeft u een ziekteverschijnsel of aandoening van de oren? Ja Nee
- Last van oorsuizen Ja Nee
- Last van loopoor Ja Nee
- Heeft u trommelvliesbuisjes Ja Nee
- Heeft u een gehoorapparaat Ja Nee
- Zo ja, links/rechts? Links Rechts
5. Heeft u asthma? Ja Nee
6. Heeft u hoge bloeddruk? Ja Nee
- Heeft u spataderen? Ja Nee
- Heeft u aambeien? Ja Nee
- Heeft u een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed? Ja Nee
- Heeft u een lage sahli (bloedarmoede) Ja Nee
7. Heeft u suikerziekte? Ja Nee
- Zo ja, welke medicatie gebruikt u?
-
- Wanneer heeft u voor het laatst een algeheel labonderzoek ondergaan?
- Bent u door een oogarts onderzocht? Ja Nee
- Wat waren de bevindingen?
8. Heeft u sikkcelcellen? Ja Nee
- Zo ja, welk type? SS AS
9. Heeft u een schildklieraandoening en/of een andere hormoonziekte? Ja Nee
10. Heeft u last van maagzuur branden? Ja Nee
- Heeft u last van oprispen Ja Nee
11. Heeft u last van bloed in de ontlasting? Ja Nee
- Heeft u last van zwarte ontlasting? Ja Nee

Bent u in de laatste 5 jaren onder behandeling geweest van 1 of meerdere van de hierondergenoemde ziekten of aandoeningen?

12. Hartziekte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Overspannen, duizeligheid, chronische hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Allergie voor stof, voedsel, medicijnen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/> of iets anders nl. <input type="text"/>
Vallende ziekte, epilepsie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Reuma, Jicht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Artrose (slijtage van de gewrichten)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Nek-, rugklachten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Afwijkingen aan de wervelkolom of vaker rugpijn	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Andere spier- of gewrichtsklachten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, welk lichaamsdeel?	<input type="text"/>				
Galblaasaandoeningen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Leveraandoeningen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Beroerte (CVA/TIA)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Verlamming	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Nieren of blaas	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Prostaat	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Baarmoeder, eileiders	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Huidklachten	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/>	Eczeem	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/> Anders nl. <input type="text"/>
Uitstralende pijn vanuit uw rug naar een been of de benen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zenuwontsteking, botbreuken, botziektes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Kanker of gezwellen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, welk lichaamsdeel?	<input type="text"/>				
Aangeboren afwijkingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, welke?	<input type="text"/>				
Geestelijke aandoeningen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, welke?	<input type="text"/>				
13. Aandoeningen van de geslachtsorganen (penis, vagina)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Geslachtsziekte of seksueel overdraagbare aandoeningen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, gaarne toelichten	<input type="text"/>				
14. Heeft u HIV?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Heeft u last van oprispen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
15. Had u routinematige medische, pediatrische of gynaecologische controles, mammogrammen, uitstrijkjes, enz.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	
Zo ja, vermeld datum en resultaten	<input type="text"/>				

Bent u in de laatste 5 jaren onder behandeling geweest van 1 of meerdere van de hierondergenoemde ziekten of aandoeningen?

7 . 16. Wordt u behandeld door Leishmaniasis ("Bos Yaws") Ja Nee
Wordt u behandeld voor tuberculose? Ja Nee

17. Rookt u? Ja Nee
Zo ja, hoeveel sigaretten of shagjes per dag? <10 >10

18. Drinkt u alcohol? Ja Nee
Zo ja, hoeveel glazen per maand? <25 >25

19. Gebruikt u drugs? Ja Nee
Zo ja, welke?

Bent u ooit medisch behandeld voor alcohol- of drugsverbruik? Ja Nee

20. Wordt u gedialyseerd? Ja Nee
Gaat u gedialyseerd worden? Ja Nee

21. Gebruikt u geneesmiddelen Ja Nee
Zo ja, welke en waarvoor/waartegen?

Hoe vaak? Per dag Per week Per maand

Sinds wanneer?

Wie schrijft deze voor?

22. Bent u ooit geopereerd geworden? Ja Nee
Bent u ooit in het ziekenhuis opgenomen anders dan voor een operatie? Ja Nee

Indien 'ja' bij 1 of 2 van de vragen hierboven is aangekruist, ook het volgende invullen;

Naam specialist en ziekenhuis

Reden van opname

In welk jaar?

Heeft u nog klachten daarvan? Ja Nee
Zo ja, wie behandelt u voor deze klachten?

23. Ligt er een ziekenhuisopname in het vooruitzicht? Ja Nee
Zo ja, waarvoor?

Binnen hoeveel tijd? Dagen Weken Maanden

24. Bent u op dit moment onder medische behandeling voor een andere ziekte welke niet eerder is genoemd? Ja Nee
Zo ja, welke ziektes?

25. Heeft u ooit een ongeluk gehad waarbij er sprake was van lichamelijk letsel? Ja Nee
Zo ja, in welk jaar?

Beschrijf het letsel

26. Bent u in de laatste 5 jaren bij een medisch specialist onder behandeling geweest?

Ja Nee

Naam specialist en ziekenhuis

Reden van behandeling?

Wordt u nog steeds behandeld?

Ja Nee

27. Voor vrouwen; Bent u op dit moment zwanger?

Ja Nee

Wordt u behandeld in verband met een kinderwens?

Ja Nee

28. Heeft u zwangerschappen gehad?

Ja Nee

Zo ja, had u tijdens uw zwangerschap; Hogebloed druk?

Ja Nee

Suikerziekte?

Ja Nee

29. Heeft u iets over uw gezondheid te merken wat niet hierboven vermeld is?

Ja Nee

30. Is er ooit een levens-, ziektekosten - of ongevallenverzekering;

Afgewezen

Ja Nee

Opgezegd

Ja Nee

Uitgesteld

Ja Nee

Tegen verhoogde premie aangenomen?

Ja Nee

Tegen bijzondere voorwaarden aangenomen?

Ja Nee

Zo ja, geef de bijzonderheden op

31. Wie wilt u als huisarts als u PZV verzekerd bent?

Naam

Poli-adres

32. Wie is uw huidige of laatste huisarts?

Naam

Poli-adres

Als uw gezondheid is veranderd, nadat u dit formulier hebt ondertekend en voordat de aanvraag is goedgekeurd, dient u ons hiervan onmiddellijk in kennis te stellen. In dit geval dient u de maatschappij van de nodige medische informatie te voorzien.

Ondergetekende verklaart hierbij de vragen naar waarheid te hebben beantwoord en geeft N.V. Parsasco toestemming om navraag te doen bij medici en/of ziekenhuizen over hun gezondheidstoestand. De aanvrager is er mee bekend dat de verzekering tot stand komt na acceptatie door de maatschappij en dat deze aanvraag de basis van de overeenkomst zal vormen tussen de aanvrager en N.V. Parsasco. Art 320 W.v.K.*

Datum

Handtekening verzekerde (indien minderjarig, handtekening van beide ouders vereist)

Datum

Handtekening verzekeringsnemer

Naam agent

Couponnummer

*Art 230 W.v.K. Luidt: Elke verkeerde of onwaarachtige opgave, of elke verwijzing van aan de verzekerde (lees verzekeringsnemer) bekende omstandigheden, hoezeer te goeder trouw aan diens zijde hebbende plaats gehad, welke van dien aard is, dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar van de ware staat van zaken had kennis gedragen, maakt de verzekering nietig.