

## Aanvraag formulier voor SOR

Agentnr	.....
Agent naam	.....
Verzekeringnemer	.....
Naam van het bedrijf	.....
Aard van het bedrijf	.....
Telefoonnr	.....
Faxnr	.....
E-mail adres van het bedrijf	.....
Adres van het bedrijf	.....
Wijk	.....
District	.....
Incasso adres	.....
Telefoonnr	.....
Naam van de werkgever	.....
Telefoonnr	.....
E-mail adres van de werkgever	.....
Betreft dit een nieuw bedrijf ?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Is dit bedrijf reeds verzekerd geweest ?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja bij welke maatschappij ?	.....
Per welke datum is de verzekering bij de andere maatschappij stopgezet?	.....
Per welke datum moet de verzekering ingaan ?	.....
Aantal werkdagen per week	<input type="checkbox"/> vijf / <input type="checkbox"/> zes/ <input type="checkbox"/> zeven
Wat zijn de werktijden?	.....
Wordt er in ploegdienst gewerkt?	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, wat zijn de werktijden?	.....
Hoe vaak wordt er overgewerkt?	.....
Op welke datum moet de verzekering eindigen?	.....

Ondergetekende verzoekt de N.V. Surinaamse Assurantiemaatschappij "Self-Reliance" het voor hem uit de ongevallenregeling voortvloeiende risico ten aanzien van zijn hierboven omschreven onderneming, in verzekering te nemen. Hij verklaart dat bovenstaand gegevens geheel overeenkomstig de waarheid zijn, verklarende hij voorts zich gebonden te achten aan de polisvoorwaarden, die voor deze verzekering gelden, meer speciaal de bepalingen omtrent het bijhouden en indienen van loonstaten en de bijbetaling van de door hen verschuldigde premie naar definitieve vaststelling van het premiebedrag. Hij verklaart tenslotte deze aanvraag te achten als grondslag van de onderhavige overeenkomst van verzekering.

Handtekening/ Stempel Paramaribo, ...../...../20.....