

Polis nummer Agent
 Opmerking(en) Inspecteur

1. Naam van de werkgever Telefoon
 Incasso adres Telefoon

 Naam van het bedrijf Telefoon
 Adres van het bedrijf
 Aard van het bedrijf
 Betreft dit een nieuw bedrijf? Ja Neen
 Is dit bedrijf reeds verzekerd geweest? Ja Neen
 Zo ja, bij welke maatschappij?
 Per welke datum en waarom is de verzekering bij de andere maatschappij stopgezet?

 Per welke datum moet de verzekering ingaan?
 Hoeveel werkdagen zijn er binnen het bedrijf? Vijf Zes Variabel
 Aan te geven welke dagen mogelijk zijn
 Zondag Maandag Dinsdag Woensdag Donderdag Vrijdag Zaterdag Variabel
 In dien deze aanvraag een verzekering op korte termijn betreft, op welke datum moet de verzekering eindigen?
 Het verzekerde dagloon

Specificaties, diverse functies z.o.z.

Ondergetekende verzoekt de N.V. Paramaribo Schade Assurantie Company 'N.V. Parsasco' het voor hem uit de Ongevallenregeling voortvloeiende risico ten aanzien van zijn hierboven omschreven onderneming, in verzekering te nemen.
 Hij verklaart dat bovenstaande gegevens geheel overeenkomstig de waarheid zijn, en dat het hem bekend is dat de bepalingen van artikel 230 van het Wetboek van Koophandel op deze verzekeringsovereenkomst van toepassing zijn.
 Hij verklaart tenslotte deze aanvraag te achten als grondslag van de onderhavige overeenkomst van verzekering.

Paramaribo - - 20

(Handtekening verzekeringnemer)

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

sor@parsasco.com www.parsasco.com



2.

Namen te verzekeren werknemers

No	Naam	Geboorte dat.	Adres	Dagloon	Functie

3. Premieberekening

Paraaf medewerker

Geaccepteerd / Niet geaccepteerd