

**POLIS VOORWAARDEN  
& VERGOEDINGEN**  
AZPAS BASIS



**ZEKER IS ZEKER**



## INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Begripsbepalingen
Artikel 2	Grondslag van de verzekering
Artikel 3	Aanmelding
Artikel 4	Ingangsdatum, duur en einde van de verzekering
Artikel 5	Verplichtingen van de verzekerde
Artikel 6	Procedures bij vergoedingen
Artikel 7	Uitsluitingen
Artikel 8	Premie
Artikel 9	Keuze van arts en overige zorgverleners
Artikel 10	Wijzigingen van premies en voorwaarden
Artikel 11	Vergoedingen
Artikel 12	Geschillen
Artikel 13	Verlies AZPAS-pas
Artikel 14	Aanvullende dekkingen



# BEGRIPSBEPALINGEN

## Artikel 1

### 1.1 **Maatschappij/verzekeraar**

Assuria Medische Verzekering N.V.

### 1.2 **Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

### 1.3 **Verzekerde**

Een ieder die als zodanig op het polisblad, de polis aanhangsel of verzekeringspas is vermeld en op grond daarvan aanspraak maakt op de voorzieningen volgens de polisvoorwaarden.

### 1.4 **Verzekering**

De door verzekeringnemer bij de maatschappij gesloten AZPAS Basis verzekering.

### 1.5 **Verzekeringsjaar**

Een periode van twaalf maanden vanaf de premievervaldag en elke aansluitende periode van gelijke duur. Indien de periode vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot de premievervaldag of vanaf de premievervaldag tot de beëindigingsdatum korter is dan twaalf maanden, zullen de vergoedingen waar u rechtens deze polisvoorwaarden aanspraak op maakt pro rata worden vastgesteld. Dit geldt ook bij een geldigheidsduur van korter dan twaalf maanden.

### 1.6 **Ambulance**

Een vervoermiddel, bedoeld voor het vervoeren van zieken en/of slachtoffers.

### 1.7 **Arts**

Degene die op grond van de Surinaamse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en:

- als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerd staat;
- op gebruikelijke wijze de algemene artspraktijk uitoefent;
- een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten met de maatschappij.

### 1.8 **AZPAS-pas**

Door de verzekeraar aan verzekerde verstrekt bewijs van recht op medische zorg volgens de polisvoorwaarden.



**1.9 Bijkomende kosten**

Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een specialistische behandeling en/of onderzoek zoals kosten voor röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en het gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten dienen gedeclareerd te worden door het ziekenhuis of andere instantie waar deze kosten zijn gemaakt.

**1.10 Congenitale aandoeningen**

Elke afwijking of ziekte aanwezig bij de geboorte, ongeacht de oorzaak, al dan niet gemanifesteerd of gediagnosticeerd bij de geboorte.

**1.11 Dienstverlenerslijst**

Overzicht van zorgverleners/dienstverleners met wie de verzekeraar een overeenkomst heeft voor het verlenen van diensten aan AZPAS-verzekerden.

**1.12 Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van de in artikel 11.7 omschreven genees- en verbandmiddelen.

**1.13 Medisch adviseur**

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

**1.14 Medische noodzaak**

De noodzaak van aanschaf, behandeling, onderzoek of verpleging volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

**1.15 Zorgverlener/ dienstverlener**

De in Suriname gevestigde natuurlijke persoon of rechtspersoon die wettelijk bevoegd is medische zorg te verlenen. Onder zorgverleners wordt mede begrepen de leverancier van genees- en hulpmiddelen. Een lijst van de zorgverleners/dienstverleners die een overeenkomst hebben met de verzekeraar (dienstverlenerslijst) is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar.

**1.16 Medische Verbruiksartikelen Klapper (MVK)**

Lijst van medische verbruiksartikelen zoals samengesteld door het Ministerie van Volksgezondheid.

**1.17 Ongeval**

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf komende, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel wordt veroorzaakt.



1.18 **Opname**

Opname in een ziekenhuis indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling in een ziekenhuis dienen te worden geboden. Hieronder wordt begrepen:

- *Dagverpleging*

Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een specialist te ondergaan;

- *Ziekenhuisverpleging*

Opname voor langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist medisch noodzakelijk is.

1.19 **Optische zorg**

Zorg met betrekking tot de visus of het gezichtsvermogen.

1.20 **Aanvullende dekking**

Zorg die optioneel aangeboden wordt door de verzekeraar en waarvoor de kandidaat-verzekeringnemer/verzekerde een keuze kan maken.

1.21 **AZPAS-Geneesmiddelen Klapper**

Lijst van geneesmiddelen speciaal samengesteld door de verzekeraar ten behoeve van AZPAS-verzekerden, welke uitgebreider is dan de Nationale Geneesmiddelen Klapper. Deze lijst wordt 1 maal per jaar herzien en is ter beschikking voor de verzekerden.

1.22 **Premie**

Het bedrag dat de verzekeringnemer aan de verzekeraar moet betalen om aanspraak te kunnen maken op de door de verzekeraar te vergoeden medische zorg.

1.23 **Preventieve zorg**

Dienstverlening door een gezondheidsinstelling of een gezondheidswerker aan de verzekerde gericht op het in stand houden van de normale gezondheid van de verzekerde of het tijdig in kaart brengen van een afname daarvan.

1.24 **Revalidatie**

Onderzoek, advisering, begeleiding en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie technische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.



1.25 **Roekeloos gedrag**

Zich op zodanige wijze gedragen of zodanig handelen, zonder rekening te houden met het gevolg van het gedrag of de handeling, of met het gevaar dat daaruit kan voortvloeien voor zichzelf en anderen.

1.26 **SEH**

Spoedeisende Hulp afdeling van een ziekenhuis in Suriname.

1.27 **Thuiszorg**

Verpleging of verzorging in de thuissituatie op aanvraag van de behandelaar, verzekeringnemer of verzekerde met toestemming van de verzekeraar.

1.28 **Ziekenhuis**

Een in Suriname gelegen inrichting ter verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, welke inrichting als zodanig in Suriname geregistreerd staat. Een overzicht van de ziekenhuizen die een overeenkomst hebben met de verzekeraar (dienstverlenerslijst) is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar.

1.29 **Verpleeghuis**

Een in Suriname gelegen inrichting waar patiënten kunnen worden verpleegd die niet langer voor een medische behandeling opgenomen hoeven te zijn in een ziekenhuis.

1.30 **Hospice**

Een plek waar mensen met een terminale ziekte, waarvan de levensverwachting minder dan 3 maanden is, een thuis hebben met de benodigde gespecialiseerde zorg.

1.31 **Specialist**

Degene die op grond van de Surinaamse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en:

- als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerd staat;
- op gebruikelijke wijze de specialistische artspraktijk uitoefent;
- een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten met de verzekeraar.

1.32 **Dekkingsgebied**

De verzekering is uitsluitend van kracht binnen de natuurlijke grenzen van Suriname.



## GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

### Artikel 2

- 2.1 De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op het aanvraagformulier met de door de verzekeringnemer of de verzekerde al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen en eventuele schriftelijke gegevens die door de verzekeringnemer of de verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.
- 2.2 De verzekeraar verstrekt een polis en een verzekeringspas als bewijs van de verzekering aan de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 2.3 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

## AANMELDING

### Artikel 3

- 3.1 Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te voorzien van een dag- en handtekening.
- 3.2 Indien tijdens de aanvraagprocedure blijkt dat door of namens verzekeringnemer/verzekerde omstandigheden die van belang zijn voor de besluitvorming door de verzekeraar verzwegen of vragen onjuist of onvolledig beantwoord zijn, dan wordt de aanvraag niet meer in behandeling genomen.
- 3.3 Indien na goedkeuring van de aanvraag blijkt dat door of namens verzekeringnemer/ verzekerde omstandigheden, die van belang zijn voor de besluitvorming door de verzekeraar verzwegen of vragen onjuist of onvolledig beantwoord zijn, dan wordt de overeenkomst van de verzekering conform artikel 320 Wetboek van Koophandel geacht nietig te zijn tot aan de ingangsdatum toe, onder verbeurte van het betaalde premiebedrag. De kosten ontstaan tijdens de acceptatieprocedure en door het ten onrechte gebruikmaken van deze verzekering, zullen op verzekeringnemer/verzekerde worden verhaald.
- 3.4 De maatschappij heeft het recht om medische inlichtingen omtrent de verzekerde in te winnen bij en te delen met de artsen door wie de verzekerde behandeld wordt of zal worden. De verzekerde is verplicht zijn zorgaanbieders te machtigen alle nodige informatie aan de maatschappij en diens medisch adviseur te verstrekken. Aan de dienstverlener wordt gevraagd om aan de maatschappij alle inlichtingen, rapportages en data te verstrekken alsmede alle medewerking te verlenen, die nodig zijn voor de uitvoering van en/of het toezicht van de verstrekte zorg.



- 3.5 Noodzakelijk en relevante medische informatie wordt gecommuniceerd met de medische adviseur(s) van Assuria. Overige relevante informatie wordt gecommuniceerd met de medewerker(s) van Assuria die met de controle van de dekking en de declaraties van de zorgaanbieders zijn belast.
- 3.6 Pasgeborenen van een verzekerde moeder zijn in de eerste 2 weken na de geboorte gratis meeverzekerd, als er aansluitend voor het kind voor de rest van het verzekeringsjaar van de moeder een verzekering is afgesloten.





## INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

### Artikel 4

#### 4.1 Ingangsdatum en duur van de verzekering

- 4.1.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld, indien de verschuldigde premie per die datum is voldaan.
- 4.1.2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van 1 jaar.
- 4.1.3 De verzekering wordt telkens voor 1 jaar verlengd, tenzij deze uiterlijk 14 dagen vóór het verstrijken van de geldigheidsduur bij aangetekend schrijven is opgezegd, behoudens in het geval zoals in art. 8.3 beschreven.
- 4.1.4 De verzekerde krijgt bij het aangaan van de verzekering een AZPAS-pasje.

#### 4.2 Einde/ Beëindiging van de verzekering

De verzekering eindigt of wordt beëindigd in de navolgende gevallen.

- Bij schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer omtrent het niet akkoord gaan met de aanpassingen van de polisvoorwaarden en wel binnen 30 dagen na ontvangst van bedoelde voorwaarden;
- Bij permanente vestiging van verzekerde in het buitenland; hiervan dient minstens 30 dagen voor het vertrek schriftelijk mededeling te worden gedaan door de verzekeringnemer;
- In geval van art. 3.3;
- In geval van bedrog of misbruik van omstandigheden en indien de verzekeringnemer één van de verplichtingen, voortvloeiende uit de verzekering, niet behoorlijk nakomt;
- Bij achterstallige betaling van de premie in gevolge artikel 8.3.1;
- Bij overlijden van de verzekerde;
- Bij beëindiging van het dienstverband bij een collectieve verzekering.

## VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

### Artikel 5

- 5.1 Verzekeringnemer/ verzekerde verplicht zich om de maatschappij alle gewenste inlichtingen te (doen) verschaffen.
- 5.2 Indien door toedoen van een aansprakelijke derde kosten door verzekeringnemer/verzekerde worden gemaakt, welke kosten door de maatschappij zijn vergoed, dan rust op verzekeringnemer/verzekerde de plicht om volledig mee te werken aan het verhalen van deze kosten op bedoelde derde.



- Zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij is het niet toegestaan een regeling te (laten) treffen met bedoelde derde of met zijn verzekeringsmaatschappij.
- 5.3 Indien de belangen van de maatschappij worden geschaad, doordat verzekeringnemer/verzekerde de verplichtingen vermeld onder artikel 5.1 en 5.2 niet nakomt, hoeft de maatschappij de kosten niet te vergoeden.
- 5.4 Verzekeringnemer verplicht zich iedere gebeurtenis die van belang kan zijn voor de juiste uitvoering van de verzekering spoedig, doch uiterlijk binnen 30 dagen na intreding van die gebeurtenis, schriftelijk aan de maatschappij kenbaar te maken. Bereikt deze mededeling de maatschappij na 30 dagen, dan wordt als ingangsdatum van de noodzakelijke wijziging als gevolg van betreffende gebeurtenis gehanteerd de dag van ontvangst van de kennisgeving.
- 5.5 Onder gebeurtenissen die voor de juiste uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, behoren onder andere geboorte, echtscheiding, overlijden, verhuizing, wijziging van het telefoonnummer of het toetreden tot een andere ziektekostenverzekering.
- 5.6 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende (email-)adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN

### Artikel 6

#### 6.1 **Uitbetaling van de vergoeding**

- 6.1.1 Kosten worden rechtstreeks vergoed door de maatschappij aan de zorgverleners.
- 6.1.2 Indien verzekeringnemer/verzekerde door bijzondere omstandigheden de kosten zelf betaalt, dan vergoedt de maatschappij de kosten zo gauw de aanspraak daarop is komen vast te staan (zie ook art. 6.2.2).

#### 6.2 **Voorwaarden voor vergoeding**

- 6.2.1 De maatschappij vergoedt uitsluitend kosten die zijn gemaakt gedurende de geldigheid van deze verzekering.
- 6.2.2 Bij toepassing van het in artikel 6.1.2 gestelde, zal de aanspraak op vergoeding pas worden vastgesteld na overleg van originele en duidelijk gespecificeerde nota's. De nota's dienen door de zorgverlener te zijn voorzien van een handtekening, stempel en behandeldatum. Indien van toepassing dient met de nota een geldige verwijsbrief van de arts ingeleverd te worden als mede duidelijke informatie inzake diagnose en behandeling.
- 6.2.3 De maatschappij vergoedt alleen nota's van gemaakte zorgkosten indien deze nota's zijn uitgedrukt in Surinaamse dollars.



- 6.2.4 Kosten zoals bedoeld in artikel 6.1.2, worden slechts vergoed indien de betreffende nota's niet later dan 2 weken na de behandeldatum ingediend worden bij de maatschappij. Als vereiste geldt dat de behandeling heeft plaatsgevonden middels verwijzing zoals aangegeven in art. 9.4 en art. 9.5.
- 6.2.5 Medische kosten worden vergoed op basis van het tarief en de voorwaarden die overeengekomen zijn tussen de zorgverlener en de maatschappij.
- 6.2.6 De kosten voor medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed.

### 6.3 **Samenloop van verzekeringen**

Ingevolge art. 5.2 en in geval kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen die de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of - ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten - op een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden, worden niet vergoed en/of verhaald.

De verzekering geldt slechts als aanvulling boven de dekking die onder een andere verzekering, regeling van overheidswege en/ of subsidieregeling is verleend of zou zijn verleend, indien deze verzekering niet zou hebben bestaan.

## UITSLUITINGEN

### Artikel 7

- 7.1 Kosten die verband houden met de **behandeling** van primaire en secundaire vruchtbaarheidstoornissen worden niet vergoed.
- 7.2 Kosten die direct of indirect het gevolg zijn van atoomkernreacties en radioactieve bestraling - tenzij toegepast bij een medische behandeling -, natuurrampen en molest worden niet vergoed. Onder 'molest' wordt verstaan elke oorzaak van een verpleging en/of behandeling welke een uitvloeisel is van geweld toegebracht door mensen, niet door de natuur zoals oproer, onlusten, politieke conflicten, oorlog, terrorisme of van een daarmee in feite overeenkomende toestand of van de tenuitvoerlegging van maatregelen terzake als voormeld getroffen door enige militaire, paramilitaire of burgerlijke overheid, of door enige macht die zich als zodanig mocht opwerpen. Indien er ten tijde en ter plaatse van het ontstaan van de oorzaak tot verpleging en/of behandeling gevaar van molest bestond, kan de maatschappij de uitkering afhankelijk stellen van het door verzekeringnemer/ verzekerde te leveren bewijs, dat de oorzaak tot verpleging en/of behandeling niet door molest is ontstaan.
- 7.3 Kosten die verband houden met niet erkende geneeswijzen worden niet vergoed door de maatschappij.



- 7.4 Kosten van medicatie die verband houden met geslachtsziekten, HIV en AIDS worden niet vergoed door de maatschappij.
- 7.5 Kosten van keuringen en attesten worden niet vergoed door de maatschappij.
- 7.6 Kosten die verband houden met onachtzaam of roekeloos gedrag en/of ontstaan door of ten gevolge van overmatig gebruik van alcohol en/of gebruik van drugs alsmede kosten als gevolg van intoxicaties en suïcide (pogingen) worden niet vergoed.
- 7.7 Kosten gedurende detentie worden niet vergoed.
- 7.8 Kosten die verband houden met hulp verleend door een specialist op een niet tot zijn specialisme behorend gebied worden niet vergoed.
- 7.9 Kosten die verband houden met specialismen, die niet genoemd zijn in de polisvoorwaarden worden niet vergoed.
- 7.10 Kosten van aanvullend onderzoek, die niet vallen onder de in deze polisvoorwaarden genoemde dekkingen worden niet vergoed.
- 7.11 Kosten van tandheelkundige behandeling worden niet vergoed, tenzij deze kosten zijn meeverzekerd.
- 7.12 Kosten van vaccinaties en alle preventieve maatregelen bij een reis naar zowel het binnen-als het buitenland worden niet vergoed.
- 7.13 Kosten van geneesmiddelen die niet voorkomen in de AZPAS Geneesmiddelen Klapper, tenzij anders overeengekomen, worden niet vergoed.
- 7.14 Kosten verband houdend met alle vormen van transplantatie worden niet vergoed.

## PREMIE

### Artikel 8

#### 8.1 Hoogte van de premie

- 8.1.1 Op het polisblad/betaaloverzicht staat vermeld de hoogte van de premie voor de verzekeringen de polis- en paskosten.
- 8.1.2 De maatschappij stelt afhankelijk van de leeftijd en de eventueel extra gekozen dekking de hoogte van de premie voor de verzekering vast.

#### 8.2 Het betalen van de premie

- 8.2.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie (incl. polis- en paskosten) vooruit te betalen.



- 8.2.2 De betaalde premie wordt altijd eerst in mindering gebracht op de langst openstaande vordering.
- 8.2.3 Het is niet toegestaan de premie te verrekenen met van de maatschappij nog te ontvangen vergoedingen.
- 8.2.4 De premie is betaalbaar via de bank per giro of op het kantoor van de maatschappij. Het niet aanbieden van een kennisgeving door de maatschappij ontslaat verzekeringnemer niet van de verplichting tot premiebetaling.

### 8.3 **Niet tijdige betaling bij termijnbetaling**

#### 8.3.1 Niet-betaling van premie

Bij niet-betaling van de premie binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is, is de maatschappij gerechtigd de verzekering te beëindigen en administratiekosten in rekening te brengen.

#### 8.3.2 Kosten verbonden aan inning van achterstallige premie

De maatschappij heeft het recht naast de achterstallige premie, de administratieve kosten en de wettelijke rente te vorderen of te doen invorderen. Ingeval er incasso-maatregelen worden getroffen, komen zowel de gerechtelijke als de buitengerechtelijke kosten voor rekening van verzekeringnemer. Deze kosten bedragen minimaal 15% van het verschuldigde premiebedrag.

#### 8.3.3 Herhaalde achterstallige premie

Bij herhaalde achterstalligheid van premiebetaling heeft de maatschappij het recht de premie over het resterende deel van het tijdvak waarvoor de verzekering is aangegaan of nadien is voortgezet ineens en in haar geheel te vorderen of te doen vorderen.

### 8.4 **Restitutie premie**

#### 8.4.1 In de navolgende gevallen wordt de premie gerestitueerd tot aan de dag van retournering van het AZPAS-pasje.

- Ingeval van permanente vestiging van verzekerde in het buitenland, op aantonen van een bewijs van uitschrijving van het Centraal Bureau voor Burgerzaken.
- Ingeval van beëindiging van het dienstverband bij een collectieve AZPAS-verzekering anders dan het in art. 8.4.2 vermelde geval.

Bij premierestitutie worden administratiekosten in rekening gebracht. Er vindt geen restitutie van de premie plaats zolang het AZPAS-pasje niet is ingeleverd.

#### 8.4.2 Er vindt geen restitutie van de premie plaats indien de verzekering wordt beëindigd wegens het overlijden van verzekerde.



## KEUZE VAN ARTS EN OVERIGE ZORGVERLENERS

### Artikel 9

- 9.1 Verzekerde maakt bij aanvang van de verzekering bij voorkeur een keuze uit de lijst van huisartsen met wie de maatschappij een dienstverleningsovereenkomst heeft, mits er voor de gekozen huisarts geen maximering geldt voor wat betreft het aantal Assuria verzekerden. Indien verzekerde een huisarts wil die niet is aangesloten bij de maatschappij en er ingevolge de door de maatschappij gehanteerde normen en standaarden terzake geen bezwaar is, zal de maatschappij trachten met bewuste huisarts tot een overeenkomst te komen.
- 9.2 Alleen bij prolongatie van de verzekering mag verzekerde van arts wijzigen. De maatschappij kan in voorkomende gevallen een onderzoek instellen naar de reden van een dergelijk wijzigingsverzoek.
- Voor het maken van een nieuw AZPAS-pasje worden bij de verzekeringnemer administratiekosten in rekening gebracht.
- 9.3 Onverminderd het in de vorige leden gestelde, geldt dat kosteloos van arts gewijzigd kan worden, indien de maatschappij hiervan schriftelijk op de hoogte is gesteld uiterlijk 30 dagen voorafgaand aan de prolongatie van de verzekering, bij overlijden van de arts of indien de overeenkomst tussen de maatschappij en de arts verbroken wordt.
- 9.4 Na verwijzing door de arts is de verzekerde vrij gebruik te maken van de diensten van elke bij de maatschappij aangesloten zorgverlener. Tevens is deze informatie te vinden op de website van Assuria Verzekeringen.
- 9.5 Slechts na verkregen schriftelijke toestemming van de maatschappij mag voor rekening van de maatschappij gebruik gemaakt worden van de diensten van een niet bij de maatschappij aangesloten zorgverlener.

## WIJZIGING VAN PREMIES EN VOORWAARDEN

### Artikel 10

- 10.1 Met inachtneming van de wet heeft de maatschappij het recht de premie en/of voorwaarden te herzien en deze verzekering tussentijds aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen. Bij wijziging van voorwaarden komen de voorwaarden die vóór de wijziging golden, te vervallen. Elke aanpassing in premies en/of polisvoorwaarden wordt door de maatschappij via verschillende kanalen, waaronder de website van Assuria, [www.assuria.sr](http://www.assuria.sr), beschikbaar gesteld aan de verzekeringnemer.



- 10.2 De verzekeringnemer die niet met de aanpassing van de voorwaarden van de verzekering akkoord gaat, kan de verzekering beëindigen tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de maatschappij binnen 30 dagen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de aanpassing van de voorwaarden van de verzekering is gedaan. De verzekering wordt dan beëindigd op de ingangsdatum van de aanpassing.
- 10.3 De verzekeringnemer die niet met een aanpassing van de premie akkoord gaat, kan de verzekering beëindigen. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de maatschappij in de periode gelegen tussen de datum waarop aan de verzekeringnemer mededeling is gedaan van de aanpassing en de datum van aanpassing doch niet later dan 30 dagen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling is gedaan van de aanpassing.
- 10.4 Als de maatschappij binnen de in lid 2 en 3 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of voorwaarden.
- 10.5 Vermelde aanpassingen zullen automatisch op de verzekeringnemer van toepassing zijn indien:
- Hij/zij nog geen 12 maanden bij de maatschappij verzekerd is;
  - De premie hoger wordt door het overschrijden van de grens van een leeftijdsklasse door de verzekerde(n).

## VERGOEDING

### Artikel 11

De maatschappij vergoedt medisch noodzakelijke kosten die zijn gemaakt in Suriname en betrekking hebben op verrichtingen die zijn verkregen middels aanbieding van een **geldig AZPAS-pasje en garantieverklaring** conform de voorwaarden op de polis. De vereiste garantieverklaring geldt niet voor de huisarts, SEH, opticien of de apotheek. Er zijn met de bij de maatschappij aangesloten apotheken afspraken gemaakt over de in Suriname volgens de MVK en Assuria Geneesmiddelen Klapper verkrijgbare verband- en geneesmiddelen.

Onder medisch noodzakelijke kosten vallen de kosten van:

#### 11.1 Huisarts

Hieronder vallen:

- consulten;
- medische verrichtingen volgens de overeenkomst met de huisarts.



### 11.2 Electrogrammen

Electrocardiogram (ECG), Electro encefalogram (EEG), Electromyogram (EMG) op verzoek van de huisarts of medisch specialist.

### 11.3 Laboratoriumonderzoek verricht op aanvraag van de huisarts of medisch specialist.

Hieronder vallen testen:

- Voorkomend op de AZPAS-laboratorium verrichtingenlijst;
- Immunohistochemische testen, maximaal 1 per verzekeringsjaar.

Voor alle overige aanvullend onderzoek dat niet voorkomt op de AZPAS laboratorium verrichtingenlijst en waarvoor de medische diagnostische noodzaak blijkt, dient vooraf toestemming te worden verleend door de maatschappij.

### 11.4 Zwangerschap, bevalling en zuigelingen

- Prenatale controle door de huisarts, verloskundige of de gynaecoloog, inclusief de twaalf en twintig-wekenecho;
- Een bevalling in het ziekenhuis, thuis of in een kraamzorginstelling door een erkende dienstverlener conform de afgesproken tarieven.
- Vergoeding van consultaties aan een consultatiebureau m.u.v. vaccinaties, die als onderdeel van het Nationaal Immunisatie Programma vallen onder de regeling van de publieke gezondheidszorg en behoren tot de permanente preventieve bevolkingsprogramma's.

### 11.5 Congenitale aandoeningen\*

11.5.1 In geval van pasgeborenen, die vanaf hun geboorte verzekerd zijn, de kosten van onderzoek, behandeling en verpleging van congenitale aandoeningen, ongeacht wanneer deze zich manifesteren of zijn gediagnosticeerd.

11.5.2 Voor verzekerden die niet vanaf de geboorte zijn verzekerd, geldt voor de klinische kosten van onderzoek, behandeling en verpleging van congenitale aandoeningen gecumuleerd maximaal SRD 5.000, - per verzekeringsjaar.\*

### 11.6 Spoed Eisende Hulp (SEH)

Kosten die in verband staan met de acute zorg bij de Spoed Eisende Hulp.

### 11.7 Farmaceutische hulp welke is voorgeschreven door de huisarts of specialist namelijk:

- Geregistreerde geneesmiddelen die voorkomen in de AZPAS-Genesmiddelen Klapper die op recept worden verstrekt via een apotheek;
- Voor chemotherapeutische middelen geldt een gecumuleerde maximum vergoeding van SRD 7.500, - per verzekeringsjaar\*;

*\* Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*





- Bloedproducten, maximaal 10 kolven per opname;
- Verbandartikelen die voorkomen in de Medische Verbruiksartikelen Klapper (MVK);
- Hormoonpreparaten tot een gecumuleerd maximum van SRD 3.350, - per verzekeringsjaar\*.

#### 11.8 Paramedische zorg\*

- **Ergotherapie**, maximaal 5 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Fysiotherapie**, maximaal 10 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Huidtherapie**, maximaal 6 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Logopedie**, maximaal 10 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Psychologie**, maximaal 5 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Orthopedagogie**, maximaal 5 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- **Medisch pedicure**, maximaal 2 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar indien er sprake is van Diabetes mellitus;
- **Diëtetiek**, maximaal 10 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar, uitsluitend indien er sprake is van (minimaal 1 voorwaarde van toepassing):
  - BMI > 27
  - Diabetes Mellitus
  - Hypertensie
  - Nierdialyse
  - Klinische patiënten

#### 11.9 Optische zorg

- Oogmetingen door de optometrist of opticien;
- Eenmalige vergoeding van optische zorg tot maximaal SRD 300, - per 24 maanden op voorschrift van de oogarts, opticien of optometrist\*;
- Wachtijd van 12 maanden na ingangsdatum van de verzekering.

#### 11.10 Preventieve zorg\*

#### 11.11 Specialistische Zorg

De volgende in Suriname beschikbare specialismen c.q. specialistische behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking. Kosten van medisch specialistische behandelingen door buitenlandse missies worden alleen vergoed nadat de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

NB: Waar het specialisme is genoemd, worden de **integrale kosten vergoed in verband met genoemde specialistische behandeling.**

*\*Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*



## Anesthesiologie

### Algemene Chirurgie

#### Cardiologie en cardiochirurgie\*

- Pacemaker, 50% van de aanschafkosten met een gecumuleerd maximum van SRD 12.000,- per verzekeringsjaar, maximaal 1 maal per verzekeringsjaar;
- Kosten in verband met hartcatheterisatie als diagnostisch onderzoek, maximaal 1 maal per verzekeringsjaar;
- Kosten in verband met interventie cardiotherapie, waaronder dotteren en/of het plaatsen van stents en vaatchirurgie (w.o. bypass- en klepoperaties, inbrengen en evt. repositie van een pacemaker), gecumuleerd tot maximaal SRD 20.000,- per verzekeringsjaar.

## Dermatologie

### Gynaecologie

Kosten verband houdend met **onderzoek** van primaire en secundaire vruchtbaarheidsstoornissen; hier zijn onder andere inbegrepen de kosten voor:

- Laboratoriumtesten;
- Beeldvormend onderzoek:
  - Hysterosalpingogram of HSG, 1 maal per leven;
  - Laparoscopische tubatetest (of blauwproef), 1 maal per leven;
  - Echografische monitoring van de follikelgroei: 1 maal per leven;
- Post-coïtum test: 1 maal per leven.

### Sterilisatie\*

Vergoeding voor sterilisatie, indien medisch noodzakelijk. Per verzekerde wordt sterilisatie éénmaal per leven vergoed en wel op de volgende wijze: de volledige kosten van sterilisatie, met dien verstande dat bij sterilisatie van de man ten hoogste de kosten van een poliklinische behandeling worden vergoed.

### Interne Geneeskunde

#### Met betrekking tot nierdialyse:

- Kosten worden vergoed tot een gecumuleerd maximum van SRD 62.500, - per verzekeringsjaar. De kosten zijn inclusief medicamenten en de kosten die verband houden met het aanleggen van een shunt.\*;
- Vergoeding voor de aanschaf van een dialyse catheter in verband met nierdialyse tot een maximum van 50% van deze kosten tot een gecumuleerd maximum van een SRD 1.500,- per verzekeringsjaar.\*

*\* Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*



### **Kaakchirurgie\***

#### **Keel-, Neus- en Oorheelkunde**

De aanschafkosten voor een gehoorapparaat worden niet vergoed.

#### **Kindergeneeskunde**

#### **Neurochirurgie\***

Kosten i.v.m. neurochirurgie: gecumuleerd maximaal SRD 5.000,- per verzekeringsjaar.

#### **Neurologie**

#### **Orthopedie**

#### **Kunst- en hulpmiddelen\***

- Vergoeding tot maximaal 75% van de aanschafkosten voor alle prothesen op medisch voorschrift, tot een gecumuleerd bedrag van SRD 25.000,- per verzekeringsjaar;
- Vergoeding tot maximaal 50% in de kosten van hip loc, platen en schroeven;
- Het huren van orthopedische hulpmiddelen, te weten spalken, orthopedische krukken en orthopedische kraag, uitsluitend op medisch voorschrift.

#### **Oogheelkunde**

Voor oogchirurgie geldt een gecumuleerde maximale vergoeding van SRD 5.000,- per verzekeringsjaar.\*

#### **Parasitologie**

#### **Plastische chirurgie\***

De kosten van plastische chirurgie worden gecumuleerd maximaal SRD 7.500,- per verzekeringsjaar vergoed, indien medisch noodzakelijk, ingeval van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte en een congenitale afwijking. Niet vergoed worden kosten die verband houden met behandelingen ontstaan uit persoonlijke behoefte, omstandigheid of noodzaak.

#### **Psychiatrie\***

- Poliklinisch, maximaal 10 consulten en/of behandelingen per verzekeringsjaar;
- Klinisch, maximaal 6 weken per verzekeringsjaar, al dan niet aaneengesloten.

#### **Pulmonologie**

*\* Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*



## **Radiologie**

Verricht op aanvraag van de huisarts of medisch specialist. Hieronder vallen:

- Echografieën;
- Röntgenfoto's;
- Scopieën (kijkonderzoek);
- CT-scan en/of MRI-scan\*; maximaal 3 per verzekeringsjaar, waarbij de eerste volledig wordt vergoed en bij een tweede en derde scan 50% van de kosten wordt vergoed.

## **Revalidatie geneeskunde**

### **Urologie\***

Met betrekking tot Niersteenvergruizing (ESWL) maximaal 3 maal per verzekeringsjaar. Eventuele meerdere behandelingen uitsluitend na goedkeuring van Assuria.

### **11.12 Medische thuiszorg\***

Ter voorkoming of het verkorten van een ziekenhuis opname. Gecumuleerd maximaal 90 dagen vergoeding per verzekeringsjaar, al dan niet aaneengesloten. Uitsluitend na schriftelijke toestemming van Assuria.

### **11.13 Ziekenhuis\***

11.13.1 Maximaal 120 ligdagen per 2 verzekeringsjaren in elke willekeurige ziekeninrichting inclusief Longpaviljoen en Psychiatrisch Centrum Suriname. De kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis op basis van derde klasse ligging ten behoeve van een specialistische behandeling, onderzoek en verpleging. Hieronder valt ook opname in verband met neonatale zorg, opname op de intensive care en opname in een verpleeghuis.

11.13.2 Voor kosten bij opname in een hogere klasse geldt dat de kosten volgens het tarief van de verzekerde klasse worden vergoed (tenzij een hogere klasse is meeverzekerd).

11.13.3 Bij opname in het longpaviljoen worden maximaal 90 ligdagen per verzekeringsjaar vergoed.

### **11.14 Verpleeghuis\***

Een opname in een verpleeghuis geschiedt op indicatie van de behandelende medische specialist en uitsluitend indien dit aansluit op ontslag uit een ziekenhuis.

*\* Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*



11.15 **Hospice\***

Dekking voor maximaal 3 maanden. Dit wordt uitsluitend vergoed voor terminale patienten. Het Hospice is gevestigd op het terrein van het Diakonessenhuis Paramaribo.

11.16 **Ambulancevervoer**

Ambulancevervoer: max. SRD 500,- met een eigen bijdrage van SRD 125,-. per verzekeringsjaar. De kosten van ambulancevervoer over land van en/of naar een gezondheidsinrichting op indicatie van de huisarts of behandelende medische specialist, indien daarop aansluitend sprake is van een opname respectievelijk na ontslag.

*\* Onderhevig aan een garantieverklaring / akkoordverklaring af te geven uitsluitend door de maatschappij*



## GESCHILLEN

### Artikel 12

- 12.1 Op deze overeenkomst is het Surinaams recht van toepassing.
- 12.2 Indien er sprake is van een geschil tussen partijen over de hoogte van de schadevergoeding waartoe de maatschappij krachtens de polisvoorwaarden verplicht is, wordt dit geschil voorgelegd aan een commissie van advies, bestaande uit drie leden. De uitspraak van de commissie zal door partijen als bindend worden geaccepteerd.
- 12.3 De leden van de commissie van advies worden gekozen uit personen die geacht mogen worden deskundig te zijn ter zake het onderwerp van geschil. Elk der partijen wijst een lid aan; de door partijen benoemde leden benoemen in gemeenschappelijk overleg het derde lid. Indien partijen terzake de benoeming van dit derde lid niet tot overeenstemming kunnen komen, dan wordt het derde lid benoemd door de bevoegde rechter in Suriname, op verzoek van beide partijen of van de meest gereede partij, die aan haar wederpartij als dan van de indiening van dit verzoekschrift kennis geeft. Van de benoeming van de leden der commissie van advies moet blijken uit een door partijen en die leden ondertekende akte, welke tevens inhoudt een omschrijving van het onderwerp van geschil.
- 12.4 De leden van de commissie van advies zullen naar redelijkheid en billijkheid hun advies geven. Elke partij draagt de kosten van het door hem aangewezen lid. De kosten van het derde lid worden door partijen elk voor de helft gedragen. Het derde lid is bevoegd alvorens de zaak in behandeling te nemen van partijen een door hem te bepalen bedrag als zekerheid te verlangen. Partijen zijn als dan tot het stellen van een zodanig depôt verplicht.

## VERLIES AZPAS-PAS

### Artikel 13

Voor het maken van een nieuw AZPAS-pasje worden administratiekosten in rekening gebracht.

## AANVULLENDE DEKKING

### Artikel 14

Assuria Medische Verzekering N.V. biedt tegen een premieopslag aanvullende dekkingen op de AZPAS Basis verzekering. Hieronder volgt een beschrijving van de dekkingen. Op uw polisblad staat welke aanvullende dekking(en) van toepassing is/zijn.



### Ziekenhuisdekking

Bij aanvraag van de verzekering kan gekozen worden voor een 1e of 2e klasse ligging. Dit geeft recht op betere faciliteiten ten opzichte van een 3e klasse ligging. Voor kinderen t/m 12 jaar geldt de kinderklasse die gelijk gesteld is aan de 3e klasse.

Voor kosten bij opname in een hogere of lagere klasse geldt:

- Bij opname in een hogere klasse dan die waarvoor verzekerd is, worden de kosten volgens het tarief van de verzekerde klasse vergoed;
- Bij opname in een lagere klasse dan waarvoor verzekerd is, worden de kosten tot het tarief van de lagere klasse vergoed.

### Optische zorg Extra

- De dekking van de optische zorg is een extra vergoeding van SRD 515, - per 24 maanden, die geldt boven de optische dekking die standaard is opgenomen in de AZPAS Basis verzekering.

### Optische zorg Extra<sup>+</sup>

- De dekking van de optische zorg is een extra vergoeding van **SRD 1.030**, - per 24 maanden, die geldt boven de optische dekking die standaard is opgenomen in de AZPAS Basis verzekering.

### Alternatieve geneeswijzen Basic

Alternatieve geneeswijzen zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan.

- Alternatieve geneesmiddelen worden niet vergoed.
- Consulten worden alleen vergoed als deze worden gegeven door een arts en/of therapeut met een erkende opleiding die ingeschreven staat bij het Ministerie van Volksgezondheid.
- De vergoeding van de consulten vindt plaats op declaratiebasis. Dit betekent dat het consult wordt betaald door de verzekerde en daarna kan worden gedeclareerd bij de maatschappij.
- De volgende alternatieve geneeswijzen worden vergoed, met een totale maximumvergoeding van SRD 1.236, - per verzekeringsjaar:
  - Acupunctuur
  - Homeopathie
  - Podotherapie
  - Chiropractie



### **Alternatieve geneeswijzen Classic**

Alternatieve geneeswijzen zijn andere dan de gebruikelijke (reguliere) behandelingen. Zij vormen daar vaak een aanvulling op, maar kunnen ook op zichzelf staan.

- Alternatieve geneesmiddelen worden niet vergoed.
- Consulten worden alleen vergoed als deze worden gegeven door een arts en/of therapeut met een erkende opleiding die ingeschreven staat bij het Ministerie van Volksgezondheid.
- De vergoeding van de consulten vindt plaats op declaratiebasis. Dit betekent dat het consult wordt betaald door de verzekerde en daarna kan worden gedeclareerd bij de maatschappij.
- De volgende alternatieve geneeswijzen worden vergoed, met een totale maximumvergoeding van **SRD 2.472,-** per verzekeringsjaar:
  - Acupunctuur
  - Homeopathie
  - Podotherapie
  - Chiropractie

### **Azpas geneesmiddelenklapper GOLD**

Met het kiezen van deze extra dekking komt u in aanmerking voor een breder assortiment voor wat medicamenten betreft. Zie de vigerende Azpas geneesmiddelenklapper.

### **Tandheelkunde**

Voor een omschrijving van de dekking voor tandartskosten zijn aparte polisvoorwaarden beschikbaar. Deze worden verstrekt wanneer deze dekking is meeverzekerd.