

POLISVOORWAARDEN
AZPAS INTERNATIONAL
PLATINUM

ZEKER IS ZEKER

ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V.

Henck Arronstraat 5-7 – Paramaribo, Suriname

Website: www.assuria.sr

AZPAS INTERNATIONAL PLATINUM

INHOUDSOPGAVE

OVEREENKOMST	2
OVERZICHT VAN VERGOEDINGEN	3
BEGRIPSBEPALINGEN	4
POLISVOORWAARDEN	9
ADMINISTRATIE	13
UITSLUITINGEN EN BEPERKINGEN	18

OVEREENKOMST

ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. (hierna genoemd de “Verzekeraar”) komt overeen de in deze polis bedoelde vergoedingen aan u (hierna genoemd de “Verzekeringnemer”) te betalen. Alle vergoedingen zijn onderworpen aan de bepalingen en voorwaarden van deze polis.

BELANGRIJKE MEDEDELING TEN AANZIEN VAN DE AANVRAAG: Deze polis wordt afgegeven op basis van de aanvraag en betaling van de premie. Indien enige informatie op de aanvraag onjuist of onvolledig is of indien enige informatie weggelaten is, kan de polis ontbonden of geannuleerd worden of de dekking kan gewijzigd worden, naar eigen goedvinden van de Verzekeraar.

DEKKINGSGBIED: Deze verzekering biedt dekking buiten de natuurlijke grenzen van het land van verblijf Suriname of Guyana en buiten de natuurlijke grenzen van de Verenigde Staten van Amerika.

WIE KOMEN IN AANMERKING: Deze polis kan alleen worden afgegeven aan ingezetenen van Suriname en Guyana die niet jonger zijn dan achttien (18) jaar (uitgezonderd in aanmerking komende afhankelijke personen) en niet ouder dan 73 jaar. De maximumleeftijd voor dekking onder dezelfde bepalingen en voorwaarden van deze polis voor Verzekerden die een polis verlengen is 84 jaar.

In aanmerking komende afhankelijke personen zijn de echtgenoot/echtgenote van de Verzekeringnemer, eigen kinderen, wettig geadopteerde kinderen, stiefkinderen of kinderen voor wie de Verzekeringnemer is benoemd als wettige voogd door een bevoegde rechtbank, die in de aanvraag zijn geïdentificeerd en voor wie dekking wordt geboden in het kader van de polis.

Dekking t.b.v. afhankelijke personen is beschikbaar voor afhankelijke kinderen van de Verzekeringnemer tot hun negentiende (19e) verjaardag, indien ongehuwd, of tot hun vijfentwintigste (25e) verjaardag, indien ongehuwd en voltijdstudent (d.w.z. minimaal twaalf (12) credits per semester) van een geaccrediteerde hogeschool of universiteit op het tijdstip van afgifte en vernieuwing van de polis. De dekking voor die afhankelijke personen duurt voort tot de volgende polisverjaardag volgend op het bereiken van de leeftijd van eenentwintig (21) jaar, indien ongehuwd, of de leeftijd van vijfentwintig (25) jaar, indien ongehuwd en voltijdstudent.

Indien een afhankelijk kind trouwt, niet langer voltijdstudent is na de negentiende (19e) verjaardag, verhuist naar een ander land dan het land van verblijf, of indien een afhankelijke echtgenoot/echtgenote niet langer getrouwd is met de Verzekeringnemer vanwege echtscheiding of nietigverklaring, dan zal de dekking voor zodanige afhankelijke persoon aflopen op de eerstvolgende polisverjaardag.

Afhankelijke personen die gedekt waren onder een eerdere polis bij de Verzekeraar en die anderszins in aanmerking komen voor dekking uit hoofde van hun eigen afzonderlijke polis, zullen worden goedgekeurd zonder acceptatieprocedure voor hetzelfde plan of een plan met een hoger eigen risico, alsmede op dezelfde voorwaarden en beperkingen als die welke bestonden onder de voorgaande polis welke hen dekking bood bij de Verzekeraar. De aanvraag van de voormalig afhankelijke persoon moet zijn ontvangen voor het eind van de respijttermijn van de polis welke de afhankelijke persoon voorheen dekking bood.

OVERZICHT VAN VERGOEDINGEN

Overzicht van Vergoedingen	USD	USD	USD
Maximumuitkering per verzekerde, per polisjaar	250.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Ziekenhuiskamer en kost (particulier en semi-particulier)	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
Ziekenhuis afdeling Intensieve Zorg kamer en kost	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
Maximumverblijf in ziekenhuis: 180 dagen binnen een periode van 365 dagen (per oorzaak) met een maximum van	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
Zwangerschap en bevalling	4.000,00	8.000,00	16.000,00
Dekking voor pasgeborenen	25.000,00	50.000,00	100.000,00
<i>Congenitale en erfelijke aandoeningen</i>			
- gemanifesteerd vóór de leeftijd van 18 jaar (per verzekerde persoon, per leven)	50.000,00	100.000,00	200.000,00
- gemanifesteerd vóór de leeftijd van 18 jaar (per verzekerde persoon, per leven)	250.000,00	500.000,00	1.000.000,00
Orgaantransplantatie (per verzekerde persoon, per leven)	100.000,00	200.000,00	400.000,00
Medische specialistische zorg	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
Paramedische zorg	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
Voorgeschreven medicatie	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
<i>Medisch vervoer in noodgeval</i>			
* van woonland naar dichtstbijzijnde zorgverlener	10.000,00	20.000,00	40.000,00
* medische behandeling wordt betaald tot een maximum	Polis limiet	Polis limiet	Polis limiet
* van het land van behandeling naar het woonland	10.000,00	20.000,00	40.000,00
Vervoer per ambulanceauto (per oorzaak)	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Vergezellen van opgenomen kind (per ziekenhuisopname)	1.000,00	2.000,00	4.000,00
Repatriëring van stoffelijk overschot (ook volgens planbare zorg)	5.000,00	10.000,00	20.000,00

AANVANG EN EINDE VAN DE DEKKING

Dekking vangt aan om 00.00 uur lokale tijdzone (Paramaribo of Georgetown) op de ingangsdatum van de polis en loopt af om 24.00 uur lokale tijdzone (Paramaribo of Georgetown):

- (a) op de vervaldatum van de polis; of
- (b) bij niet-betaling van de premie; of
- (c) op schriftelijk verzoek van de Verzekeringnemer tot beëindiging van de dekking van de Verzekeringnemer; of
- (d) op schriftelijk verzoek van de Verzekeringnemer tot beëindiging van de dekking van de afhankelijke persoon; of
- (e) op schriftelijke kennisgeving van de Verzekeraar, zoals toegestaan krachtens de voorwaarden van deze polis.

VEREISTE DE VERZEKERAAR TE VERWITTIGEN

DE VERZEKERDE MOET CONTACT MAKEN MET ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. OF ASSURIA GUYANA OF DE SERVICE ADMINISTRATOR, TWEE (2) WEKEN VOOR AANVANG VAN DE MEDISCHE ZORG.

SPOEDEISENDE BEHANDELING MOET MEDEGEDEELD OF GERAPPORTEERD WORDEN BINNEN ACHTENVEERTIG (48) UUR NA AANVANG VAN DE BEHANDELING.

INDIEN DE VERZEKERDE VERZUIMT CONTACT TE MAKEN MET ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. OF ASSURIA GUYANA OF DE SERVICE ADMINISTRATOR ZOALS HIERIN VERMELD, ZAL DE VERZEKERDE VERANTWOORDELIJK ZIJN VOOR DERTIG PROCENT (30%) VAN ALLE GEDEKTE MEDISCHE EN ZIEKENHUISKOSTEN VERBAND HOUDENDE MET DE CLAIM, NAAST HET EIGEN RISICO EN MEDEVERZEKERING (INDIEN VAN TOEPASSING) IN HET KADER VAN HET PLAN.

Met ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. OF ASSURIA GUYANA OF DE SERVICE ADMINISTRATOR kan 24 uur per dag, 365 dagen per jaar contact worden gemaakt op de volgende Telefoonnummers:

Op de werkdagen van de verzekeraar, kan gebruik worden gemaakt van de volgende telefoonnummers:

In Suriname:

Van 7:00 uur tot 15:00 uur: (+597) 473400 tst. 352 / 381

Na werktijden en voor noodhulp (+597) 7180042 of (+597) 7180036

E-mail: medische.verzekeringen@assuria.sr

In Guyana:

Tijdens en na werktijden en voor noodhulp (+592) 610-0545

E-mail: medische.verzekeringen@assuria.sr

Voor noodhulp buiten Suriname en Guyana, contact Redbridge Network and Healthcare (+001) 1.888.754.6969 (Tolvrij voor USA & Canada)

E-mail: service@redbridge.cc

BEGRIPSBEPALINGEN

- 1. ONGEVAL:** a) Elk plotseling of onvoorzien voorval teweegebracht door een externe oorzaak resulterend in een letsel; b) een plotseling en direct effect van een plotselinge externe kracht, waardoor medisch aantoonbaar fysiek letsel wordt veroorzaakt.
- 2. VERVOER PER AMBULANCE VLIEGTUIG:** Luchtvervoer in noodsituaties vanuit het ziekenhuis waar de Verzekerde is opgenomen naar het dichtstbijzijnde geschikte ziekenhuis waar behandeling mogelijk is.
- 3. WIJZIGING:** Een document toegevoegd door de Verzekeraar aan de polis waarin de polis wordt verduidelijkt, toegelicht of aangepast.
- 4. POLIS VERJAARDAG:** Jaarlijks terugkerende polisingangsdatum.
- 5. AANVRAGER:** De persoon die de dekkingsaanvraag heeft gedaan.
- 6. AANVRAAG:** Schriftelijke verklaringen op een formulier door een Aanvrager over zichzelf en/of over van zijn/haar afhankelijke personen, gebruikt door de Verzekeraar om te bepalen over het aannemen of afwijzen van het risico. Aanvraag omvat tevens iedere medische geschiedenis, vragenlijst en overige documenten verstrekt aan of gevraagd door de Verzekeraar voorafgaand aan de afgifte van de polis.

- 9. KALENDERJAAR:** 1 januari tot en met 31 december van een bepaald jaar.
- 10. DEKKINGSCERTIFICAAT:** Document van de polis waarin de aanvang, de voorwaarde, de omvang en eventuele beperkingen van de dekking worden gespecificeerd, en waarin elke gedekte persoon wordt genoemd.
- 11. GEBOORTE COMPLICATIES:** Iedere aandoening gerelateerd aan de geboorte van een pasgeborene, niet veroorzaakt door genetische factoren, die zich gemanifesteerd heeft gedurende de eerste eenendertig (31) levensdagen, inclusief doch niet beperkt tot hyperbilirubinemie (geelzucht), cerebrale hypoxie, hypoglycemie, vroeggeboorte, ademnood en geboortetrauma.
- 12. CONGENITALE EN ERFELIJKE AANDOENINGEN OF ZIEKTEN:** Iedere aandoening of ziekte die bestond vóór de geboorte, ongeacht de oorzaak daarvan, al dan niet gemanifesteerd of gediagnosticeerd bij de geboorte, na de geboorte of jaren later.
- 13. LAND VAN VERBLIJF:** Het land:
(1) waarin de Verzekerde woont gedurende het grootste deel van een kalenderjaar of polisjaar; of
(2) waarin de Verzekerde gewoond heeft gedurende meer dan honderdtachtig (180) opeenvolgende dagen tijdens een periode van driehonderdvijfenzestig (365) dagen terwijl de polis van kracht is.
- 14. ZWANGERSCHAP VALLENDE ONDER DE DEKKING:** Zwangerschappen die onder de dekking vallen, zijn die zwangerschappen waarvan de feitelijke bevallingsdatum ten minste twaalf (12) maanden na de ingangsdatum van de dekking voor de respectieve verzekerde moeder valt.
- 15. 'CUSTODIAL' (INSTITUTIONEL)] ZORG:** Geboden diensten waarvoor geen vaardigheden van een deskundige vereist zijn en die over het algemeen worden verstrekt op lange-termijnbasis, welke omvatten maar niet beperkt zijn tot kamer, kost en persoonlijke assistentie.
- 16. EIGEN RISICO:** Het bedrag van gedekte kosten dat betaald moet worden door de Verzekerde voordat de polisvergoedingen betaalbaar worden. Kosten gemaakt in het land van verblijf zijn onderworpen aan een eigen risico in het land van verblijf. Kosten gemaakt buiten het land van verblijf zijn onderworpen aan een eigen risico buiten het land van verblijf.
Een (1) eigen risico per Verzekerde, per polisjaar.
- 17. DIAGNOSTISCH MEDISCH CENTRUM:** Medische faciliteit met vergunning voor het uitvoeren van uitgebreid medisch lichamelijk onderzoek.
- 18. VERVALDATUM:** De datum waarop de premie verschuldigd en betaalbaar is.
- 19. INGANGSDATUM:** De datum waarop de dekking uit hoofde van deze polis aanvangt en die vermeld wordt in het Dekkingscertificaat.
- 20. NOODSITUATIE:** Een medische toestand die zich manifesteert middels acute tekens of symptomen welke redelijkerwijs erin kunnen resulteren dat onmiddellijk gevaar dreigt voor het leven of de fysieke integriteit van de Verzekerde, indien niet gezorgd wordt voor medische hulp binnen vierentwintig (24) uur.

- 21. SPOEDEISENDE TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING:** Behandeling nodig voor het herstel of de vervanging van gezonde natuurlijke tanden, die beschadigd of verloren zijn geraakt in een gedekt ongeval.
- 22. SPOEDBEHANDELING:** Medisch noodzakelijke behandeling ten gevolge van een noodsituatie.
- 23. RESPIJTTERMIJN:** Het tijdsbestek van dertig (30) dagen na de vervaldatum van de polis gedurende welke de Verzekeraar toestaat dat de polis wordt verlengd.
- 24. AMBULANCEVERVOER OVER DE WEG:** Spoedvervoer per ambulance over de weg naar een ziekenhuis.
- 25. GEVAARLIJKE ACTIVITEITEN:** Iedere activiteit die de deelnemer blootstelt aan een voorzienbaar gevaar of risico. Voorbeelden van gevaarlijke activiteiten zijn onder andere: Luchtsport, raften of kanoën in stroomversnellingen hoger dan graad 4, snelheidstests, scuba duiken op een diepte van meer dan 30 meter, bungeejumping, deelname aan een extreme sport of deelname aan een sport tegen vergoeding of als een professional.
- 26. THUISZORG:** Door de behandelende arts van de Verzekerde voorgeschreven en schriftelijk bevestigde verzorging van de Verzekerde thuis bij de Verzekerde, zoals vereist voor een gepaste behandeling van de ziekte of het letsel en komende in plaats van ziekenhuisopname. Thuiszorg omvat de diensten van een opgeleide, erkende professional (verpleegkundige, therapeut, enz.) buiten het ziekenhuis en omvat niet Institutionele ('Custodial') Zorg.
- 27. ZIEKENHUIS:** Iedere instelling in het bezit van een geldige vergunning als instelling voor het verlenen van medische of chirurgische behandeling in het land waarin ze is gevestigd, die
- (a) zich primair bezighoudt met het voorzien in diagnostische en therapeutische faciliteiten voor klinische diagnose en chirurgie, behandeling en verzorging van gewonde en zieke personen door of onder supervisie van artsen; en
 - (b) geen rusthuis, bejaardentehuis, verpleeghuis of verzorgingstehuis is of instelling voor langdurige verzorging;
 - (c) deze omschrijving dekt eveneens instellingen voor revalidatie;
 - (c) deze omschrijving dekt eveneens verpleegkosten;
- 28. ZIEKENHUISDIENSTEN:** Medisch noodzakelijke behandelingen of diensten op voorschrift van een arts ten behoeve van de Verzekerde die is opgenomen in een ziekenhuis.
- 29. ZIEKENHUISOPNAME:** verblijf van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en voor zover op medische gronden, verpleging, onderzoek en behandeling alleen geboden kunnen worden in een ziekenhuis, terwijl continue behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.
- 30. REVALIDATIE:** behandeling, advies en begeleiding in een revalidatiecentrum als zodanig erkend door de bevoegde overheidsinstanties, door een team dat in ieder geval bestaat uit een paramedische professional en daarnaast, een psycholoog of een maatschappelijk werker, ergonomoom of revalidatie-expert, alsmede de daarbij behorende zorgverlening.
- 31. DAGBEHANDELING REVALIDATIE:** zoals beschreven onder revalidatie, maar dan een behandeling voor een dag of dagdeel.

- 32. VERPLEEGKOSTEN:** het bedrag per dag verschuldigd voor verpleging gedurende ten minste 24 uur in een ziekenhuis, met uitzondering van de bijkomende kosten en de kosten voor specialistische behandeling.
- 33. KOSTEN VOOR TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING:** behandeling of onderzoek gericht op of verband houdende met de verbetering of sanering van het gebit, overeenkomstig algemeen aanvaarde medische normen en uitsluitend verricht door een daartoe bevoegde tandarts of kaakchirurg.
- 34. BIJKOMENDE KOSTEN:** medische kosten die rechtstreeks verband houden met specialistische behandeling en welke zijn ontstaan tijdens zodanige behandeling in het ziekenhuis, zoals kosten voor röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoria-onderzoeken, geneesmiddelen, radiotherapie, anesthesie, verbandmateriaal en het gebruik van de operatiekamer.
- 35. ZIEKTE:** Een abnormale toestand van het lichaam, zich manifesterend middels tekens, symptomen en/of afwijkende bevindingen bij medisch onderzoek, welke deze toestand doen verschillen van de normale gesteldheid van het lichaam.
- 36. LETSEL:** Schade toegebracht aan het lichaam door een externe oorzaak.
- 37. VERZEKERDE:** Een persoon voor wie een aanvraag is ingevuld, de premie betaald, en voor wie dekking is goedgekeurd door de Verzekeraar en is aangevangen. De term "verzekerde" omvat tevens de Verzekeringnemer en alle afhankelijke personen aan wie dekking is geboden uit hoofde van deze polis.
- 38. MEDISCH NOODZAKELIJK:** Een behandeling of dienst die, of medisch hulpmiddel dat op grond van internationale medische normen geacht wordt noodzakelijk te zijn en passend bij de diagnose en/of behandeling van een ziekte of letsel. Een behandeling, dienst of hulpmiddel wordt niet geacht medisch noodzakelijk te zijn indien:
- (a) het slechts verstrekt wordt voor het gemak van de Verzekerde en het gezin van de verzekerde, of de aanbieder; of
 - (b) het niet passend is voor de diagnose of behandeling van de Verzekerde; of
 - (c) dit het niveau van zorg nodig is voor het geven van een adequate en passende diagnose of behandeling, overschrijdt.
- 39. MEDISCH ADVISEUR:** De arts die Assuria van advies dient omtrent medische aangelegenheden zoals medische noodzaak, diagnose en behandelplannen.
- 40. MEDISCHE KOSTEN:** de medisch noodzakelijke kosten voor:
- (a) artsenhonoraria en behandeling, onderzoek, geneesmiddelen en verbandmateriaal;
 - (b) materialen door hen voorgeschreven;
 - (c) ziekenhuisopname;
 - (d) vervoer naar en van de plaats waar medische behandeling wordt geboden in het land waarin de verzekerde zich bevond bij de aanvang van het vervoer.

- 41. PASGEBORENE:** Een zuigeling vanaf het moment van de geboorte, gedurende de eerste eenendertig levensdagen.
- 42. VERPLEEGKUNDIGE:** Een persoon die wettelijk bevoegd is om verpleegkundige zorg te verlenen.
- 43. NETWERK VAN AANBIEDERS VAN ORGAANTRANSPLANTATIES:** Een groep ziekenhuizen en artsen gecontracteerd namens de Verzekeraar met het doel de Verzekerde orgaantransplantatie te bieden.
- 44. POLIKLINISCHE DIENSTEN:** Medische behandelingen of diensten verstrekt door of op voorschrift van een arts ten behoeve van de Verzekerde die niet is opgenomen in een ziekenhuis. Poliklinische diensten kunnen zijn diensten verricht in een ziekenhuis of op de spoedeisende hulp.
- 45. HUISARTS:** Een persoon die wettelijk bevoegd is geneeskunde uit te oefenen in het land waarin de behandeling wordt geboden en daarbij handelende binnen de uitoefening van zijn praktijk.
- 46. SPECIALIST:** Een persoon die wettelijk bevoegd is geneeskunde uit te oefenen als specialist in het land waarin de behandeling wordt geboden en daarbij handelende binnen de uitoefening van zijn praktijk.
- 47. SPECIALISTISCHE BEHANDELING:** Behandeling of onderzoek, algemeen aanvaard en overeenkomstig met de medische normen en behorende tot het specialisme waarvoor de specialist is geregistreerd.
- 48. FYSIOTHERAPEUT:** Een persoon die wettelijk bevoegd is het beroep van fysiotherapeut uit te oefenen in het land waarin de behandeling wordt geboden en daarbij handelende binnen de uitoefening van zijn praktijk.
- 49. TANDARTS:** Een persoon die wettelijk bevoegd is tandheeskunde uit te oefenen in het land waarin de behandeling wordt geboden en daarbij handelende binnen de uitoefening van zijn praktijk.
- 50. VERZEKERINGNEMER:** De aanvrager genoemd op de aanvraag voor de medische verzekering. Deze persoon is degene die gerechtigd is tot het ontvangen van de terugbetaling voor gedekte medische kosten en de restitutie van een niet-verdiende premie.
- 51. POLISJAAR:** De periode van twaalf (12) opeenvolgende maanden beginnende op de ingangsdatum van de polis en elke daarnavolgende periode van twaalf maanden.
- 52. REEDS BESTAANDE AANDOENING:** Een aandoening:
- (a) is gediagnosticeerd door een arts voorafgaand aan de ingangsdatum van de polis of de hervatting daarvan; of
 - (b) waarvoor medisch advies of medische behandeling is aanbevolen door of ontvangen van een arts voorafgaand aan de ingangsdatum van de polis of de hervatting daarvan; of
 - (c) waarvoor een symptoom en/of teken, indien gepresenteerd aan een arts voorafgaand aan de ingangsdatum van de polis geresulteerd zou hebben in de diagnose van een ziekte of medische stoornis.
- 53. RECEPTGENEESMIDDELEN:** Geneesmiddelen waarvan de verkoop en het gebruik wettelijk slechts zijn toegestaan op voorschrift van een arts.

- 54. GENEESMIDDELEN:** middelen die wettelijk verhandeld mogen worden als geneesmiddelen en die uitsluitend worden verstrekt door een apotheek of apotheekhoudende huisarts op voorschrift van een huisarts of specialist.
- 55. PRIVÉ VLIEGTUIG:** Ieder vliegtuig tijdens een vlucht die geen lijnvlucht of chartervlucht van een luchtvaartmaatschappij is.
- 56. PROLONGATIEDATUM:** De eerste dag van het eerstvolgend polisjaar. De prolongatiedatum doet zich uitsluitend voor op de polisverjaardag.
- 57. AANVULLEND DOCUMENT:** Een document dat is toegevoegd aan de polis door de Verzekeraar en optionele dekking toevoegt.
- 58. SECOND OPINION VAN CHIRURG:** Het medisch oordeel van een andere chirurg dan de huidige, behandelende arts (goedgekeurd en vereist **door Assuria**)
- 59. NORMAAL, GEBRUIKELIJK EN REDELIJK:** de normale, gebruikelijke en redelijke kosten voor verleende medische diensten in een geografisch gebied, ongeacht of directe betaling of terugbetaling werd gebruikt.
- 60. ZUIGELINGENZORG:** Routinematige medische zorg verstrekt aan een gezonde pasgeborene.

POLISVOORWAARDEN

- 1. THUISZORG EN POLIKLINISCHE FYSIOTHERAPIE:** Dekking voor deze zorg of behandeling moet vooraf worden goedgekeurd door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**. In alle gevallen moet bewijs van medische noodzakelijkheid en een behandelplan worden ontvangen door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**.
- 2. SPOEDEISENDE TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING:** Alleen spoedeisende tandheelkundige behandeling die plaatsvindt binnen negentig (90) dagen na de datum van een gedekt ongeval, valt onder de dekking van deze polis.
- 3. SPOED VERVOER:** Spoed vervoer (per ambulance over de weg) is alleen gedekt indien dit verband houdt met een gedekte aandoening waarvoor geen behandeling kan worden verleend lokaal en indien vervoer op andere wijze zou resulteren in verlies van leven of ledematen. Spoed vervoer moet worden uitgevoerd door een erkend en bevoegd vervoersbedrijf naar de dichtstbijzijnde medische faciliteit. Het voertuig moet bemand zijn door medisch opgeleid personeel en moet zijn toegerust voor het behandelen van een medische noodsituatie.
- 4. ZWANGERSCHAP EN BEVALLING [KRAAMZORG]:**
 - (a) Er is een maximum uitkering volgens het overzicht van vergoedingen voor elke zwangerschap zonder aftrek of medeverzekering.
 - (b) Pre- en postnatale behandeling, bevalling, complicaties samenhangend met de zwangerschap of bevalling, en zuigelingenzorg maken deel uit van de maximale kraamzorguitkering genoemd in deze polis.

- (c) Deze vergoeding is van toepassing op zwangerschappen vallende onder de dekking van de polis. Zwangerschappen die onder de dekking vallen, zijn die zwangerschappen waarvan de feitelijke bevallingsdatum ten minste twaalf (12) maanden na de ingangsdatum van de dekking voor de respectieve verzekerde moeder valt.
- (d) Er is geen kraamzorgdekking voor afhankelijke kinderen.
- (e) De Verzekeringnemers die eerder een afhankelijk kind waren onder een andere polis bij de Verzekeraar, moeten hun eigen afzonderlijke polis ten minste twaalf (12) maanden reeds aanhouden om in aanmerking te komen voor deze kraamzorgvergoeding.
- (f) De wachtperiode van twaalf (12) maanden voor kraamzorgdekking is steeds van toepassing, ongeacht of al dan niet werd afgezien van de wachtperiode van negentig (90) dagen voor dekking onder deze polis.

5. DEKKING PASGEBORENE:

I. Indien geboren uit een zwangerschap vallende onder de dekking:

- (a) **Voorlopige dekking:** Indien geboren uit een zwangerschap vallende onder de dekking, heeft de pasgeborene automatisch dekking voor (a) complicaties bij geboorte, en (b) letsel of ziekte gedurende de eerste negentig (90) dagen na de geboorte tot een maximum vermeld in het overzicht van vergoedingen zonder eigen risico of medeverzekering.
- (b) **Permanente dekking:** Voor permanente dekking voor een kind geboren uit een zwangerschap vallende onder de dekking, moet een "Kennisgeving van geboorte" waarin de volledige naam, het geslacht en de geboortedatum van de pasgeborene zijn opgenomen, worden ingediend binnen negentig (90) dagen na de geboorte. Deze is geldig vanaf de geboortedatum, dekking met toepassing eigen risico dan tot maximaal de polis limieten.

Polis limieten voor complicaties bij geboorte met betrekking tot een pasgeborene zijn beperkt tot de maximum uitkeringen beschreven onder 5.1.(a).

De premie voor de toevoeging moet voldaan worden op het moment van kennisgeving van de geboorte. Indien zodanige kennisgeving niet is ontvangen binnen 90 dagen na de geboorte, is een verzekeringsaanvraag vereist voor de toevoeging onder voorbehoud van een acceptatieprocedure.

- (c) **Zuigelingenzorg:** Alleen gedekt zoals vermeld in de bepaling "Kraamzorg" in deze polis.

II. Indien NIET geboren uit een zwangerschap vallende onder de dekking, is er geen voorlopige dekking voor de pasgeborene. Het toevoegen van een pasgeborene aan de polis vereist de betaling van de premie en de indiening van een ingevulde verzekeringsaanvraag die onderworpen is aan een acceptatieprocedure tijdens de Verzekeraar.

6. CONGENITALE EN ERFELIJKE AANDOENINGEN: Dekking uit hoofde van deze polis voor congenitale ofwel aangeboren en erfelijke aandoeningen is als volgt:

- (a) De maximum vergoedingen per verzekerde voor een aangeboren of erfelijke aandoening die zich manifesteert vóór de achttiende (18e) verjaardag van de verzekerde zoals vermeld in het overzicht van vergoedingen per persoon, inclusief eventuele vergoedingen reeds uitbetaald op grond van een bestaande polis of aanvullend document na aftrek van het eigen risico.

(b) De maximum vergoedingen voor een aangeboren of erfelijke aandoening die zich manifesteert op of na de achttiende (18e) verjaardag van de verzekerde zijn gelijk aan het maximum zoals vermeld in het hierin vervatte overzicht van vergoedingen, na aftrek van het eigen risico.

7. ORGAAN TRANSPLANTATIES: Dekking voor transplantatie van menselijke organen en weefsels wordt voorzien in het kader van het Dienstverlenersnetwerk. Er is geen dekking buiten het Netwerk van Aanbieders Van Orgaan transplantaties. Indien geen gebruik wordt gemaakt van het netwerk van de dienstverlener, zal de verzekeraar niet meer accepteren dan de bij contract vastgestelde vergoedingen die betaald zouden worden aan een deelnemende dienstverlener van het netwerk van aanbieders van transplantaties. Het maximum bedrag te betalen voor deze vergoeding is in overeenstemming met de polis limiet per verzekerde volgens het overzicht. Deze vergoedingen betreffende orgaan transplantaties vangen aan zodra de transplantatie is vastgesteld door de arts, is bevestigd door een second opinion van een chirurg of medicus en is goedgekeurd door **Assuria Medische Verzekering N.V.**, en is onderworpen aan alle voorwaarden, bepalingen en uitzonderingen van de polis.

Deze vergoedingen betreffen:

- (a) Zorg voorafgaand aan de transplantatie, waaronder diensten die direct verband houden met de evaluatie van de noodzaak van de transplantatie, evaluatie van de Verzekerde voor de transplantatieprocedure, en voorbereiding en stabilisatie van de Verzekerde voor de transplantatieprocedure.
- (b) Pre-operatieve voorbereiding, waaronder alle laboratorium- en röntgenonderzoeken, CT-scans, MRI's (beeldvorming door magnetische resonantie), echografie, biopsies, scanning, medicatie en materiaal.
- (c) De kosten voor de verkrijging, het vervoer en de oogst van organen tot een maximum zoals vermeld in het overzicht van vergoedingen, welke is opgenomen als onderdeel van de maximumuitkering bij orgaantransplantatie.
- (d) Verzorging na de transplantatie omvat, maar is niet beperkt tot, follow-up, medisch noodzakelijke behandeling naar aanleiding van de transplantatie, en eventuele complicaties die zich voordoen na de transplantatieprocedure, ongeacht of deze een direct of indirect gevolg zijn van de transplantatie.
- (e) Medicatie of therapeutische maatregelen gebruikt om de levensvatbaarheid en duurzaamheid van het getransplanteerde orgaan te garanderen.
- (f) Thuiszorg, verpleegzorg (bijv. wondverzorging, infuus, beoordeling, enz.), spoedvervoer, medische zorg, klinische of kantoorbezoeken, transfusies, materialen of medicaties in verband met de transplantatie.

8. RECEPT GENEESMIDDELEN: Recept geneesmiddelen vallen onder de dekking indien voorgeschreven door de huisarts, specialist of tandarts, tijdens een ziekenhuisopname of na ambulante chirurgie en zo lang zulks voortvloeit ingevolge de polis. In alle gevallen moet een kopie van het recept worden meegestuurd met de claim.

9. SPECIALE BEHANDELINGEN: Protheses, orthoses, duurzame medische benodigdheden, implantaten, bestralingstherapie en zeer specialistische geneesmiddelen (bijv., Interferon, Procrit, Avonex, Embrel, enz.) worden gedekt tot maximaal als aangegeven in het overzicht van de polislimieten, maar moeten worden goedgekeurd en vooraf gecoördineerd door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**. Speciale behandelingen worden geboden door de Verzekeraar of terugbetaald tegen de kosten tot het maximum van de polislimiet per overzicht die de Verzekeraar zou hebben gemaakt indien afgenomen bij zijn dienstverleners.

10. REEDS BESTAANDE AANDOENINGEN: Reeds bestaande aandoeningen worden onderverdeeld in twee (2) categorieën:

(a) **BEKENDGEMAAKT TEN TIJDE VAN DE AANVRAAG:**

- i. Vrij van symptomen, tekens en behandeling gedurende de periode van vijf (5) jaar voor de ingangsdatum van de polis, worden gedekt na afloop van de wachtperiode van negentig (90) dagen, **tenzij specifiek uitgesloten** door een wijziging op de polis.
- ii. Met symptomen, tekens en behandeling gedurende de periode van vijf (5) jaar voor de ingangsdatum van de polis, worden gedekt een jaar na ingangsdatum van de polis, **tenzij specifiek uitgesloten** door een wijziging op de polis.

(b) **NIET BEKENDGEMAAKT TEN TIJDE VAN DE AANVRAAG:**

Reeds bestaande aandoeningen niet bekendgemaakt ten tijde van de aanvraag worden **NOOIT** gedekt tijdens de polisduur. Bovendien behoudt de Verzekeraar het recht de polis in te trekken, te annuleren of te wijzigen op grond van het nalaten van de Verzekerde om zodanige aandoeningen bekend te maken.

11. ZIEKTE OF LETSEL IN EEN PRIVÉ VLIEGTUIG: Elke ziekte of elk letsel opgelopen als een passagier in een privé vliegtuig wordt gedekt tot een maximum van de polis limiet per overzicht per Verzekerde, per polisjaar.

Er is een optionele dekking beschikbaar voor een privé piloot en bemanningsleden.

12. REPATRIËRING VAN STOFFELIJK OVERSCHOT: In het geval dat een Verzekerde komt te overlijden buiten zijn/haar land van verblijf, betaalt de Verzekeraar tot het maximum zoals vermeld in het overzicht van vergoedingen voor repatriëring van het stoffelijk overschot van de overledene naar het land van verblijf van de overledene, indien het overlijden het gevolg was van een aandoening die gedekt zou zijn krachtens de voorwaarden van de polis had de Verzekerde het overleefd. Dekking is beperkt tot enkel de diensten en het materiaal nodig voor het gereedmaken van het lichaam van de overledene en het vervoeren van de overledene naar zijn/ haar land van verblijf. Afspraken moeten gecoördineerd worden samen met **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**.

13. BEGELEIDER VAN EEN IN HET ZIEKENHUIS OPGENOMEN KIND: Kosten gemaakt en opgenomen in de ziekenhuisrekening voor overnachtingen in het ziekenhuis door de begeleider van een in het ziekenhuis opgenomen verzekerd kind van nog geen twaalf (12) jaar, zijn betaalbaar tot maximaal honderd Amerikaanse dollars (USD 100) per dag tot een maximum als vermeld in het overzicht van vergoedingen voor ziekenhuisopname.

14. VEREISTE SECOND OPINION VAN CHIRURG: Indien een chirurg heeft aanbevolen dat een Verzekerde een niet-spoedeisende chirurgische ingreep ondergaat, moet de Verzekerde **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator** daarvan in kennis stellen en wel tenminste tweeënzeventig (72) uur voorafgaand de geplande procedure. Indien een second opinion van een chirurg noodzakelijk wordt geacht ofwel door de Verzekeraar of **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**, moet deze worden doorgegeven door een chirurg, gekozen en ingeschakeld door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**. Alleen second opinions van chirurgen die door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator** vereist en gecoördineerd zijn, vallen onder de dekking. In het geval dat de second opinion van de chirurg de noodzaak van een ingreep weerlegt of niet bevestigd, zal de Verzekeraar ook betalen voor de mening van een derde chirurg gekozen door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**.

Indien de tweede of derde mening de noodzaak van een operatie bevestigt, worden de vergoedingen voor de operatie betaald overeenkomstig deze polis.

INDIEN DE VERZEKERDE DE VEREISTE OPINIE VAN EEN TWEDE OF DERDE CHIRURG NIET VERKRIJGT, IS DE VERZEKERDE VERANTWOORDELIJK VOOR DERTIG PROCENT (30%) VAN ALLE GEDEKTE MEDISCHE EN ZIEKENHUISKOSTEN VERBAND HOUDENDE MET DE CLAIM, NAAST HET EIGEN RISICO IN HET KADER VAN HET PLAN.

15. POLIKLINISCHE DIENSTEN: Dekking wordt alleen verstrekt indien medisch noodzakelijk.

16. MAXIMAAL ZIEKENHUISVERBLIJF: Het maximaal verblijf in het ziekenhuis voor een specifieke ziekte of specifiek letsel of daarmee samenhangende behandeling is honderdtachtig (180) dagen gedurende de eerstvolgende driehonderdvijfenzestig (365) dagen na de eerste opname.

17. VERVORMING VAN DE NEUS OF HET NEUSTUSSENSCHOT: Wanneer een vervorming van de neus of het neustussenschot het gevolg is van een gedekt ongeval, is de operatieve behandeling gedekt mits vooraf geautoriseerd door **Assuria Medische Verzekering N.V. of de Service Administrator**.

18. WACHTPERIODE: De polis omvat een wachtpERIODE van negentig (90) dagen, gedurende welke alleen ziekte of letsel veroorzaakt door een binnen deze periode optredend ongeval, of infectieziekte die zich het eerst manifesteerde binnen genoemde periode, wordt gedekt.

19. AFZIEN VAN WACHTPERIODE: De Verzekeraar ziet af van de wachtpERIODE, uitsluitend indien:

- (a) een andere ziektekostenverzekering van kracht was bij een andere maatschappij voor de Verzekerde voor ten minste één (1) onafgebroken jaar; en
- (b) de ingangsdatum van deze polis valt binnen dertig (30) dagen na de afloop van de vorige dekking; en
- (c) de eerdere dekking is bekendgemaakt in de verzekeringsaanvraag; en
- (d) wij de vorige polis en een kopie van de kwitantie voor de premiebetaling voor het afgelopen jaar samen met de aanvraag hebben ontvangen.

Indien wordt afgezien van de wachtpERIODE, zijn de vergoedingen te betalen voor enige aandoening opgedaan tijdens de eerste negentig (90) dagen van de dekking beperkt, terwijl de polis van kracht is, tot de lagere vergoeding waarin ofwel deze polis of de vorige polis voorziet.

20. US EMERGENCY RIDER:

Dringende medische kosten in de Verenigde Staten van Amerika, die verzekerden kunnen kopen in combinatie met de AZAPS International Platinum polis:

- (a) De maximale dekking per verzekerde per polis is USD 50.000,00; en
- (b) Territoriale reikwijdte: verliezen die zich voordoen in de Verenigde Staten van Amerika, met inbegrip van niet-aangrenzende rechtsgebieden.

I.	DRINGENDE MEDISCHE DIENSTEN	Limieten uitgedrukt in USD.
1	Ziekenhuisdiensten voor de stabilisatie en behandeling van een plotselinge en onverwachte noodsituatie die zich tijdens een reis voordoet, inclusief maar niet beperkt tot: <ul style="list-style-type: none"> • Hulpdiensten voor intramurale en ambulance patiënten; • Anesthesie, bloedtransfusies, zuurstof; • Gipsverbanden, verbanden, stropen enz. 	Het maximale bedrag per persoon, zoals hieronder aangegeven: Limiet: USD 50.000,00 (Services worden alleen geleverd tot de noodsituatie is afgelopen)
2	Diensten van een arts voor de zorg, behandeling of operatie die nodig is in geval van nood.	Tot het bedrag vermeld in I.1. (bovenstaande)
3	Geneesmiddelen op recept die nodig zijn voor de noodsituatie.	Maximaal USD 750,00 per persoon
4	Diagnostische tests en procedures vereist door de noodsituatie.	Tot het bedrag vermeld in I.1. (bovenstaande)
5	Tandheelkundige noodsituatie (beperkt tot beheersing van pijn en infectie)	Maximaal USD 500,00 per persoon
II.	NOODHULPDIENSTEN	
1	Medische noodvervoer	Maximaal USD 2.500,00 per persoon
2	Spoedeisende medische repatriëring	Maximaal USD 2.500,00 per persoon
3	Hotelverblijf voor voorgescheven herstel als direct gevolg van een noodgeval.	Maximaal USD 100,00 per dag, maximaal 10 dagen.
4	Vervoer voor 1 begeleider vanwege een opname in het ziekenhuis van meer dan 5 dagen als direct gevolg van een noodgeval.	Maximaal USD 1.000,00
5	Hotelaccommodatie voor 1 begeleider.	Maximaal USD 100,00 per dag, maximaal 10 dagen.
6	Gegarandeerd rendement (andere datum dan gepland)	USD 500,00 – verschil in tariefkosten of opgelegde boete.
7	Terugkeer van minderjarigen van 15 jaar of minder	Maximaal USD 5.000,00
8	Repatriëring van stoffelijke resten.	Maximaal USD 10.000,00

ADMINISTRATIE

1. **BEVOEGDHEID:** Geen enkele agent heeft de bevoegdheid de polis te wijzigen of af te zien van welke ook van de bepalingen daarin vervat. Na afgifte is geen enkele verandering in de polis geldig zonder schriftelijk te zijn goedgekeurd door een functionaris of de Chief Underwriter van de Verzekeraar en zodanige goedkeuring moet worden bekrachtigd middels een wijziging op de polis.

2. **VERANDERING IN LAND VAN VERBLIJF:** De Verzekerde moet de Verzekeraar schriftelijk in kennis stellen van elke verandering in het land van verblijf van de Verzekerde en wel binnen dertig (30) dagen. Veranderingen in woonplaats buiten het opgegeven land van verblijf van de Verzekerde resulteren, naar eigen goeddunken van de Verzekeraar, in wijziging van de dekking of annulering van de polis. Indien de Verzekerde verhuist naar NEDERLAND, zal de polis niet worden verlengd. Verzuim de Verzekeraar in kennis te stellen van enige verandering in het land van verblijf van de Verzekerde kan resulteren in annulering van de polis of in wijziging van de dekking op de eerstvolgende verjaardag, **naar eigen goeddunken van de Verzekeraar. HET LAND VAN VERBLIJF VAN DE VERZEKERDE MOET SURINAME OF GUYANA ZIJN.**

- 3. AANVANG VAN DE VERZEKERING:** Behoudens het bepaalde in deze polis, vangen vergoedingen aan op de ingangsdatum van de polis en niet op de datum van de verzekeringsaanvraag.
- 4. ANDERE VERZEKERINGSDEKKING:** Wanneer een andere polis van kracht is die vergoedingen biedt die ook onder de dekking van deze polis worden geboden, zullen de vergoedingen gecoördineerd worden. Alle claims ontstaan in het land van verblijf moeten in eerste instantie gemaakt worden op grond van de andere polis. Deze polis zal slechts vergoedingen verstrekken wanneer zodanige andere vergoedingen betaalbaar krachtens de andere polis zijn uitgeput. Buiten het land van verblijf, zal ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. fungeren als de primaire Verzekeraar en het recht behouden betaling te innen bij lokale of andere verzekeraars.
- 5. VOLLEDIG CONTRACT/ CONTROLEREND CONTRACT:** De polis, de aanvraag, het dekkingscertificaat en eventuele aanvullende documenten hierbij vormen het volledige contract tussen de partijen. De Nederlandse vertaling wordt verstrekt voor het gemak van de Verzekerde. De Engelse versie van deze polis prevaleert en is het controlerend ofwel doorslaggevend contract in geval van een vraagstuk of geschil aangaande deze polis.
- 6. RESPIJTPERIODE:** Indien de premie niet ontvangen is rond de vervaldatum, zal de Verzekeraar een respijtperiode van dertig (30) dagen toestaan te rekenen vanaf de vervaldatum voor het betalen van de premie. Indien de premie niet door de Verzekeraar is ontvangen voor afloop van de respijtperiode, worden deze polis en alle daarmee samenhangende vergoedingen geacht te zijn beëindigd met ingang van de oorspronkelijke vervaldatum van de premie. Er worden geen vergoedingen verstrekt op grond van de polis gedurende de respijtperiode tenzij de polis is verlengd.
- 7. BETALING VAN CLAIMS:** Het is het beleid van de Verzekeraar betalingen rechtstreeks te verrichten aan artsen en ziekenhuis in de gedekte landen. Wanneer dit niet mogelijk is, zal de Verzekeraar de Verzekeringnemer het bij contract aan de Verzekeraar door de betrokken dienstverlener berekende tarief terugbetalen en/of in overeenstemming met de normale, gebruikelijke en redelijke honoraria voor het desbetreffende geografische gebied, welke van beide het laagste is. Kosten of delen van kosten boven deze bedragen behoren tot de verantwoordelijkheid van de Verzekerde. Indien een Verzekeringnemer niet in leven is, zal de Verzekeraar eventuele niet-betaalde vergoedingen uitbetalen aan de erfgenamen van de overleden Verzekeringnemer.
- 8. MUNTEENHEID:** Alle geldwaarden genoemd in deze polis zijn in Amerikaanse dollars (USD).
- 9. LICHAAMELIJK ONDERZOEK:** De Verzekeraar heeft, voor eigen rekening, het recht en de gelegenheid een Verzekerde wiens ziekte of letsel de basis van een claim is, te onderzoeken, wanneer en zo vaak als nodig geacht door de Verzekeraar zolang de claim onbeslist is. Ingeval van overlijden, heeft de Verzekeraar het recht een obductie te vragen bij een faciliteit van zijn keuze.
- 10. VERPLICHTING TOT SAMENWERKING:** De Verzekerde zal alle medische verslagen en dossiers beschikbaar maken aan de Verzekeraar en op verzoek van de Verzekeraar, alle machtigingsformulieren ondertekenen die de Verzekeraar nodig heeft voor het verkrijgen van die medische verslagen en dossiers. Verzuim samen te werken met de Verzekeraar of verzuim machtiging te geven voor de afgifte van alle medische dossiers gevraagd door de Verzekeraar, kan resulteren in de afwijzing van een claim.

11. ANNULERING OF NIET-VERLENGING VAN POLIS: De Verzekeraar behoudt het recht de polis te annuleren, te wijzigen of in te trekken, indien blijkt dat verklaringen op de aanvraag een verkeerde voorstelling van zaken geven, onvolledig zijn of dat fraude is gepleegd, wat de Verzekeraar ertoe leidt goedkeuring te hechten aan een aanvraag, terwijl de Verzekeraar, bij het beschikken van de correcte of volledige informatie, een polis zou hebben afgegeven met beperkte dekking of de verzekeringsaanvraag zou hebben afgewezen. De Verzekeraar behoudt het recht een polis te annuleren of te wijzigen ten aanzien van tarieven, eigen risico of vergoedingen, over het algemeen en in het bijzonder indien de Verzekerde verandert van land van verblijf, ongeacht het aantal jaren dat de polis reeds van kracht is.

Indien een Verzekerde niet onafgebroken, voor langer dan honderdtachtig (180) dagen gedurende een periode van driehonderdvijfenzestig (365) dagen, woont in Suriname of Guyana, ongeacht het soort visum afgegeven aan de Verzekerde voor dat doel, dan zal de dekking voor welke aandoening dan ook beperkt worden tot het Netwerk van Geprefereerde Dienstverleners van de Verzekeraar tot aan de eerstvolgende verlengingsdatum van de polis, op welk tijdstip de polis automatisch wordt beëindigd. Indiening van een frauduleuze claim is ook een grond voor intrekking of annulering van de polis.

Geen afzonderlijke Verzekerde zal onafhankelijk gestraft worden door annulering of wijziging van de polis enkel vanwege het schadedossier.

12. AFGIFTE VAN POLIS: Deze polis kan niet worden afgegeven of afgeleverd buiten het land van verblijf Suriname of Guyana, behalve zoals specifiek goedgekeurd door Assuria Suriname en toegestaan bij wet. De polis wordt geacht te zijn afgegeven of afgeleverd bij ontvangst van de polis door de Verzekeringnemer in zijn/haar land van verblijf.

13. POLIS MODUS: Alle polissen worden geacht jaarlijkse polissen te zijn. Premies moeten jaarlijks worden voldaan, tenzij de Verzekeraar andere betaalmogelijkheden, bijv. per kwartaal of per half jaar, toestaat.

14. PREMIEBETALING: Het op tijd voldoen van de premie is de verantwoordelijkheid van de Verzekeringnemer. De premie is verschuldigd op de datum van de prolongatie van de polis of op andere vervaldata indien de Verzekeraar daarin heeft toegestemd. Kennisgevingen van premie worden verstrekt als tegemoetkoming en de Verzekeraar geeft geen garantie ten aanzien van het bezorgen van premiekennisgevingen. Indien een Verzekeringnemer dertig (30) dagen voorafgaand aan de vervaldatum geen premiekennisgeving heeft ontvangen en de Verzekeringnemer het bedrag van de premiebetaling niet kent, dient de Verzekeringnemer contact te maken met zijn/haar agent of de Verzekeraar.

15. VERANDERINGEN IN PREMIETARIEF: De Verzekeraar behoudt het recht de premie te wijzigen op het tijdstip van elke prolongatiedatum. Dit recht zal uitsluitend worden uitgeoefend op de prolongatiedatum van elke respectieve polis.

De premie kan jaarlijks geïndexeerd worden op basis van de gemiddelde stijging van de kosten voor medische behandeling en dat zal plaatsvinden aan het einde van de jaarlijkse dekkingsperiode. In het geval van meerjarenpolissen, wordt een aanvullende offerte aangeboden aan de Verzekerde voor de premie-index van de polis.

- 16. BEWIJS VAN DE CLAIM:** Het onderstaande is van toepassing op behandeling buiten Suriname:
Schriftelijke bewijs van schade moet worden verstrekt aan **Assuria Medische Verzekering N.V. aan de Henck Arronstraat 5-7 Paramaribo of de Service Administrator te 355 Alhambra circle, suite 1150, Coral Gables, FL 33134 USA**, binnen honderdtwintig (120) dagen na de datum van de behandeling of de dienstverlening. Nalaten dit te doen zal resulteren in afwijzing van de claim. **ORIGINELE** gespecificeerde nota's **MOETEN** worden ingediend samen met het naar behoren ingevulde claimformulier van de Verzekeraar en de medische dossiers. Standaard claimformulieren van dienstverleners van **Assuria Medische Verzekeringen N.V. of de Service Administrator** kunnen worden geaccepteerd, maar de Verzekeraar behoudt zich het recht voor de eiser het claimformulier van de Verzekeraar te laten invullen. Claimformulieren worden samen met de polis verstrekt of kunnen verkregen worden bij uw agent, **ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. of de Service Administrator** op het hierin vermelde adres. Facturen ontvangen in andere munteenheden dan de US-dollar worden verwerkt overeenkomstig de officiële wisselkoers, zoals vastgesteld door de Verzekeraar, op de datum van de dienstverlening.
- 17. RESTITUTIE:** Indien een Verzekeringnemer of de Verzekeraar de polis annuleert nadat het is afgegeven, hervat of verlengd, zal de Verzekeraar het niet-verdiende deel van de premie restitueren, minus administratiekosten en poliskosten, tot een maximum van vijftig procent (50%) van de premie. De poliskosten, **of het honorarium van de Service Administrator** en vijfendertig procent (35%) van de basispremie zijn niet-restitueerbaar. Het niet-verdiende deel van de premie is gebaseerd op het aantal dagen overeenstemmende met de betaalwijze, minus het aantal dagen waarop de polis van kracht was. In geval van overlijden, hangt de restitutie af van de beoordeling van de uitstaande medische facturen.
- 18. HERVATTING:** Elke polis die hervat is binnen de respijtp periode van dertig (30) dagen, wordt beschouwd als een nieuwe polis zonder dat anciënniteit of krediet wordt toegekend aan de Verzekerde. Alle medische aandoeningen bestaand voorafgaand aan de datum van hervatting van de polis, worden geacht te zijn en behandeld als reeds eerder bestaande aandoeningen in het kader van deze polis.
- 19. BEROEP TEGEN CLAIMS:** In geval van onenigheid tussen de Verzekerde en de Verzekeraar ten aanzien van de Verzekeringpolis en/of de bepalingen daarvan, zal de Verzekerde, alvorens arbitrage- of gerechtelijke procedures in te stellen, vragen dat de aangelegenheid wordt herzien door de "ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. Appeals Committee" (commissie van beroep). Teneinde een zodanige herziening te doen aanvangen, moet de Verzekerde een schriftelijk verzoek indienen bij de commissie van beroep. Dit verzoek dient mede te omvatten kopieën van alle relevante informatie die in overweging moet worden genomen, alsmede een toelichting ten aanzien van welk besluit moet worden herzien en waarom. Het beroep moet worden gericht aan ASSURIA MEDISCHE VERZEKERING N.V. Appeals Coordinator, c/o **the Service Administrator**. Bij de indiening van een verzoek voor herziening, zal de commissie van beroep bepalen of verdere informatie en/of documentatie nodig is en tijdig handelen om dit te verkrijgen. Binnen dertig (30) dagen daarna zal de commissie van beroep de Verzekerde in kennis stellen van haar besluit vergezeld van de onderliggende argumenten.
- 20. ARBITRAGE, JURIDISCHE PROCEDURES EN AFSTAND VAN JURY:** Elke onenigheid die blijft voortduren na afwikkeling van het beroep tegen de claim zoals hierin bepaald, moet eerst worden onderworpen aan arbitrage. In deze gevallen zullen de Verzekerde en de Verzekeraar hun geschil voorleggen aan drie (3) scheidsmannen: Waarbij elke partij een scheidsman selecteert en de derde door de door de hierin genoemde partijen wordt geselecteerd. In het geval van gebrek aan overeenstemming tussen de scheidsmannen, wordt de beslissing door de meerderheid genomen. De Verzekerde of de Verzekeraar mag arbitrage initiëren middels schriftelijke kennisgeving aan de andere partij waarbij

arbitrage wordt geëist en de scheidsman wordt genoemd. De andere partij zal tot twintig (20) dagen na ontvangst van bedoelde kennisgeving de gelegenheid hebben haar scheidsman te benoemen. De twee (2) scheidsmannen die door de partijen zijn benoemd, zullen binnen tien (10) dagen daarna de derde scheidsman kiezen en de arbitrage zal plaatsvinden op de hierna aangegeven plaats binnen tien (10) dagen na de benoeming van de derde scheidsman. Indien de andere partij niet binnen twintig (20) haar scheidsman benoemt, mag de klager de tweede scheidsman benoemen en de andere partij wordt daardoor niet benadeeld. Arbitrage zal plaatsvinden in Suriname en Guyana of met toestemming van de Verzekeraar, in het land van verblijf van de Verzekeringnemer. De kosten van de arbitrage worden gelijkmatig gedeeld tussen de partijen.

De Verzekerde verleent exclusieve bevoegdheid in Suriname of Guyana voor vaststelling van eventuele rechten krachtens deze polis. De Verzekeraar en welke Verzekerde dan ook vallende onder de dekking van deze polis, stemmen hierbij uitdrukkelijk in met verhoor door de rechter in welke gerechtelijke procedure dan ook die direct of indirect voortvloeit uit deze polis. De Verzekeraar en de Verzekerde komen verder overeen dat elke partij haar eigen advocatenhonoraria en kosten, ook die gemaakt bij arbitrage, zal dragen.

21. SUBROGATIE EN SCHADEVERGOEDING: De Verzekeraar heeft een recht van subrogatie of terugbetaling van een Verzekerde aan of namens wie hij claims heeft betaald, indien deze Verzekerde de betalingen geheel of gedeeltelijk heeft gevorderd van een derde. Bovendien heeft de Verzekeraar het recht om voor eigen rekening in naam van de Verzekerde verder te gaan tegen derden die verantwoordelijk zijn voor het doen ontstaan van een claim op grond van deze polis of die verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van schadevergoeding in verband met vergoedingen voor enige claim op grond van deze polis.

22. BEËINDIGING VAN DEKKING BIJ BEËINDIGING VAN POLIS: Ingeval een polis verstrijkt om welke reden dan ook, stopt de dekking op de datum waarop de beëindiging van kracht wordt en de Verzekeraar zal slechts verantwoordelijk zijn voor de behandeling gedekt krachtens het bepaalde in de polis die plaatsvond vóór de datum waarop de beëindiging van de polis is ingegaan. Er is geen dekking voor een behandeling die plaatsvindt na de datum waarop de beëindiging is ingegaan, ongeacht het moment waarop de aandoening zich het eerst voordeed of hoeveel additionele behandeling nodig mocht zijn.

23. VERANDERING IN HET PLAN OF HET EIGEN RISICO: De Verzekeringnemer kan op welke verjaardag dan ook vragen het plan of het eigen risico te wijzigen. Sommige verzoeken zijn onderworpen aan evaluatie in het kader van acceptatie.

UITSLUITINGEN EN BEPERKINGEN

Deze polis **biedt geen** dekking of vergoedingen voor het volgende:

1. Behandeling van een ziekte, letsel of kosten voortvloeiende uit behandelingen, diensten of materialen die:
 - a) niet medisch noodzakelijk zijn; of
 - b) voor een Verzekerde die niet onder behandeling is bij een arts, medicus of gekwalificeerde professional; of
 - c) niet zijn geautoriseerd of voorgeschreven door een arts of medicus; of
 - d) behoren tot 'custodial' (institutionele) zorg.

2. Zorg of behandeling, geestelijk gezond of gestoord zijnde, ontvangen als gevolg van zelf toegebrachte ziekte of letsel, zelfdoding, poging tot zelfdoding, gebruik of misbruik van alcohol, gebruik of misbruik van geneesmiddelen, of gebruik van illegale stoffen of illegaal gebruik van verboden middelen. Dit omvat tevens ongevallen ten gevolge van het hoger genoemde.
3. Routine onderzoek van ogen en oren, gehoormiddelen, brillen, contactlenzen, radiale keratotomieën en/of andere procedures voor het corrigeren van refractie-afwijkingen van het oog.
4. Medisch onderzoek of diagnostische analyse welke deel uitmaakt van een lichamelijk routineonderzoek, waaronder vaccinaties en de afgifte van medische verklaringen en keuringen met betrekking tot fitheid om te werken of te reizen.
5. Chiropractische zorg, homeopatische behandeling, acupunctuur of andere soort alternatieve geneeskunde.
6. Optionele of cosmetische chirurgie of medische behandeling primair voor verfraaiing, tenzij noodzakelijk gemaakt door letsel, misvorming of ziekte voor het eerst optredend terwijl de Verzekerde gedekt is door deze polis. Dit omvat ook chirurgische ingreep voor misvorming van neus of neustussenschot die niet door trauma is veroorzaakt, behalve als voorzien in deze polis.
7. Kosten in verband met reeds bestaande aandoeningen, behalve als gedefinieerd en aangepakt in deze polis.
8. Behandelingen, diensten of materialen die wetenschappelijk of medisch erkend zijn voor de voorgeschreven behandeling of die beschouwd worden als experimenteel en/of niet goedgekeurd voor algemeen gebruik door de *states food and health administration/ ministerie van Landbouw of Gezondheid*.
9. Behandeling in een overheidsinstelling of uitgaven indien de Verzekerde aanspraak zou maken op vrije behandeling. Dienstverlening of behandeling waarvoor niet betaald hoeft te worden als er geen verzekeringsdekking was geweest.
10. Elk deel van welke kosten ook die hoger zijn dan de normale, gebruikelijke en redelijke kosten voor die bepaalde dienst of voorraad voor het geografisch gebied.
11. Behandeling of dienstverlening voor medische, geestelijke of tandheelkundige aandoening samenhangend met of ontstaan als een complicatie van die medische, geestelijke of tandheelkundige diensten of andere aandoeningen specifiek uitgesloten door een wijziging op of niet vallende onder de dekking van deze polis.
12. Uitgaven, diensten of behandelingen voor zwaarlijvigheid, gewichtsbeheersing of enige vorm van voedingssupplement (tenzij noodzakelijk voor de instandhouding van het leven van een ernstig zieke persoon).
13. Behandeling voor letsels die het gevolg zijn van deelname aan gevaarlijke activiteiten.

14. Behandeling van een moeder of van een pasgeborene met betrekking tot een zwangerschap die niet onder de dekking valt.
15. Vrijwillige zwangerschapsafbreking tenzij duidelijk is dat het leven van de zwangere vrouw in gevaar is.
16. Een optionele opname meer dan drieëntwintig (23) uur voor een geplande ingreep, tenzij met schriftelijke machtiging van de Verzekeraar.
17. Behandeling door de echtgenoot/echtgenote, vader, moeder, broer, zuster of kind van enige verzekerde in het kader van deze polis.
18. Zonder recept of vrij verkrijgbare geneesmiddelen, receptgeneesmiddelen die eerst niet waren voorgeschreven bij opname van de Verzekerde in een ziekenhuis en receptgeneesmiddelen die niet zijn voorgeschreven als deel van een nabehandeling na poliklinische ingreep.
19. Behandeling voor letsel opgelopen tijdens het reizen als piloot of bemanningslid van een privé vliegtuig.
20. Diagnostische procedures of behandeling van geestesziekten en/of psychiatrische, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen, chronisch-vermoeidheidssyndroom, slaapapneu en andere slaapstoornissen.
21. Uitgaven voor sterilisatie van man of vrouw, het ongedaan maken van sterilisatie, geslachtsverandering, geslachtstransformatie, geboortebeperving, onvruchtbaarheid, kunstmatige inseminatie, seksuele stoornissen of gebreken, aandoeningen samenhangend met het Human Papillomavirus (HPV) en/of seksueel overdraagbare aandoeningen.
22. Podologische zorg ter behandeling van functionele stoornissen van de structuren van de voeten, onder andere likdoorns, eeltplekken, eeltknobbels, Hallux valgus, hamerteen, mortons neuroom, platvoeten, zwakke boog van de voet, zwakke voeten of andere symptomatische voetklachten, inclusief pedicures, speciale schoenen en inzetstukken van elk type of vorm.
23. Letsel of ziekte direct of indirect veroorzaakt door of waaraan is bijgedragen door of voortvloeiende uit operaties waarbij gebruik is gemaakt van het proces van kernsplijting of -fusie, of hanteren van radioactief materiaal, of samenhangend met ioniserende straling, vervuiling of verontreiniging, radioactiviteit van kernmateriaal, kernafval of de verbranding van kernbrandstof of nucleair apparaat.
24. Elke claim of uitgave die direct of indirect voortvloeit uit, of is veroorzaakt door, of gemaakt wordt door of het gevolg is van oorlog, invasie, daden van buitenlandse vijanden, vijandelijkheden (ongeacht of oorlog is verklaard of niet), burgeroorlog, rebellie, revolutie, opstand, militaire of machtsgreep, oorlogsrecht of confiscatie in opdracht van een regerings- of openbare autoriteit.
25. Overmacht: de Verzekeraar(s) en Dienstverlener zijn niet aansprakelijk voor enig verzuim te voldoen aan enige verplichting of het verlenen van welke dan ook van de diensten of vergoedingen gespecificeerd of vereist krachtens de Overeenkomst waar zodanig verzuim tot uitvoering te wijten is aan enige eventualiteit buiten de redelijke controle van de partijen, hun werknemers, functionarissen of directeuren. Deze eventualiteiten omvatten onder andere: handelen of nalaten van een persoon of organisatie niet in dienst of onder redelijke zeggenschap van de partijen, hun werknemers, functionarissen of directeuren; overmacht; brand; oorlog; ongevallen; arbeidsgeschillen of -tekorten; wetten, verordeningen, regelingen, voorschriften van de overheid, of oordelen van een rechtbank, hetzij geldig of ongeldig.