
**POLIS VOORWAARDEN &
VERGOEDINGEN AZPAS PLUS**
SURINAAMSE DOLLARS

JANUARI 2024

ZEKER IS ZEKER

TABLE OF CONTENTS

ARTIKEL 1 BEGRIPSBEPALINGEN	2
ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING.....	6
ARTIKEL 3 AANMELDING	6
ARTIKEL 4 INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING.....	7
ARTIKEL 5 VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE.....	8
ARTIKEL 6 PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN	8
ARTIKEL 7 UITSLUITINGEN	10
ARTIKEL 8 PREMIE.....	11
ARTIKEL 9 KEUZE VAN ARTS EN OVERIGE ZORGVERLENERS	13
ARTIKEL 10 WIJZIGING VAN PREMIES EN VOORWAARDEN	14
ARTIKEL 11 VERGOEDING.....	15
ARTIKEL 12 GESCHILLEN	21
ARTIKEL 13 VERLIES AZPAS-PAS	21

ARTIKEL 1 | BEGRIPSBEPALINGEN

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 polis blad, 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-Plus verzekering.

1.5. Verzekeringsjaar

Een periode van twaalf maanden vanaf de premieervaldag en elke aansluitende periode van gelijke duur. Indien de periode vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot de premieervaldag of vanaf de premieervaldag 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 professioneel vervoer 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 en indien van toepassing over een vestigingsvergunning of toestemmingsbrief beschikt;
- Op gebruikelijke wijze de algemene artspraktijk uitoefent;
- Een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten met de Maatschappij.

1.8. AZPAS-pas

Door de verzekeraar aan verzekerde verstrekt (digitaal) 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 van enig geneesmiddel of, behandeling, onderzoek of verpleging van de verzekerde, 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 leveranciers 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 van Suriname.

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 medisch noodzakelijke 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

Spoeisende 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 en indien van toepassing over een toestemmingsbrief beschikt;
- 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.

ARTIKEL 2 | GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 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 (digitale) verzekeringspas als bewijs van 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 van de polisvoorwaarden redelijkerwijs aanspraak op maakt.

ARTIKEL 3 | AANMELDING

- 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.

ARTIKEL 4 | INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

4.1. Ingangsdatum en duur van de verzekering

- 4.1.1** De verzekering gaat in op de datum die op het polis blad 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 (digitaal) 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.

ARTIKEL 5 | VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

- 5.1.** Verzekeringnemer/verzekerde verplicht zich om de Maatschappij alle gewenste inlichtingen (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 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.

ARTIKEL 6 | PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN

- 6.1. Uitbetaling van de vergoeding**
 - 6.1.1** Kosten worden in beginsel 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, in beginsel de kosten op basis van het geldende

overeengekomen tarief met de zorgverlener, zo gauw de aanspraak daarop is komen vast te staan (zie ook art. 6.2.2).

6.2. Voorwaarden voor vergoeding

6.1.1 De Maatschappij vergoedt uitsluitend kosten die zijn gemaakt gedurende de geldigheid van deze verzekering.

6.1.2 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 verwijfsbrief van de arts ingeleverd te worden alsmede duidelijke informatie inzake diagnose en behandeling.

6.1.3 De Maatschappij vergoedt alleen nota's van gemaakte zorgkosten indien deze nota's zijn uitgedrukt in Surinaamse dollars.

6.1.4 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.

6.1.5 Medische kosten worden vergoed op basis van het tarief en de voorwaarden die overeengekomen zijn tussen de zorgverlener en de Maatschappij, die gelden op het moment van het afnemen van bedoelde zorg.

6.1.6 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.

ARTIKEL 7 | UITSLUITINGEN

- 7.1. Kosten die verband houden met de behandeling van primaire en secundaire vruchtbaarheidsstoornissen worden niet vergoed.
- 7.2. Kosten die direct of indirect het gevolg zijn van natuurrampen, molest, atoomkernreacties en radioactieve bestraling - tenzij toegepast bij een medische behandeling -, worden niet vergoed.
- 7.3. 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 daarmede in feite overeenkomende toestand of van de tenuitvoerlegging van maatregelen ter zake als voormeld getroffen door enige militaire, paramilitaire of burgerlijke overheid, of door enige macht die zich als zodanig mocht opwerpen.
- 7.4. 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.
- 7.5. Kosten die verband houden met niet erkende geneeswijzen worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.6. Kosten van medicatie die verband houden met geslachtsziekten, HIV en AIDS worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.7. Kosten van keuringen en attesten worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.8. 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 suicide (pogingen) worden niet vergoed.
- 7.9. Kosten gedurende detentie wordt niet vergoed.
- 7.10. Kosten die verband houden met hulp verleend door een specialist op een niet tot zijn specialisme behorend gebied worden niet vergoed.
- 7.11. Kosten die verband houden met specialismen, die niet genoemd zijn in de polisvoorwaarden worden niet vergoed.

- 7.12. Kosten van aanvullend onderzoek, die niet vallen onder de in deze polisvoorwaarden genoemde dekkingen worden niet vergoed.
- 7.13. Kosten van tandheelkundige behandeling worden niet vergoed, tenzij deze kosten een direct gevolg zijn van een ongeval tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 3.350,-** per verzekeringsjaar.
- 7.14. Kosten van vaccinaties en alle preventieve maatregelen bij een reis naar zowel het binnen- als het buitenland worden niet vergoed.
- 7.15. Kosten van geneesmiddelen die niet voorkomen in de AZPAS-Geneesmiddelen Klapper, tenzij anders overeengekomen, worden niet vergoed.
- 7.16. Kosten verband houdend met alle vormen van transplantatie worden niet vergoed.

ARTIKEL 8 | PREMIE

8.1. Hoogte van de premie

- 8.1.1 Op het polis blad/betaaloverzicht staat vermeld de hoogte van de premie voor de verzekeringen de administratie- 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. de 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 vaneen 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.

ARTIKEL 9 | KEUZE VAN ARTS EN OVERIGE ZORGVERLENERS

- 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 ter zake 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(digitaal) 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.

ARTIKEL 10 | WIJZIGING VAN PREMIES EN VOORWAARDEN

- 10.1.** De Maatschappij heeft 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, 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).

ARTIKEL 11 | VERGOEDING

De Maatschappij vergoedt medisch noodzakelijke kosten die zijn gemaakt in Suriname en betrekking hebben op verrichtingen die zijn verkregen middels aanbieding van een **geldig(digitaal) 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 AZPAS-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 arts.

11.3. Laboratoriumonderzoek

Laboratoriumonderzoek verricht op aanvraag van de arts.

Hieronder vallen testen:

- voorkomend op de AZPAS-laboratorium verrichtingenlijst.
- Immunohistochemische testen indien medisch noodzakelijk.

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. vaccins, tenzij deze kosten zijn meeverzekerd en geen onderdeel uitmaken van het Nationaal Immunisatie Programma of vallen onder de regeling van de publieke gezondheidszorg en behoren tot de permanente preventieve bevolkingsprogramma's.
- Indien deze kosten wel onderdeel uitmaken van het Nationaal Immunisatie Programma of vallen onder de regeling van de publieke gezondheidszorg en behoren tot de permanente preventieve bevolkingsprogramma's komen deze kosten niet in aanmerking voor vergoeding.

11.5. Congenitale aandoeningen**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 arts namelijk:

- Geregistreerde geneesmiddelen die voorkomen in de AZPAS-Geneesmiddelen Klapper die op recept worden verstrekt via een apotheek;
- Voor Antikanker middelen geldt een gecumuleerde maximum bedrag van **SRD 125.000,-** per verzekeringsjaar*;
- Bloedproducten;
- Verbandartikelen die voorkomen in de Medische Verbruiksartikelen Klapper (MVK);
- Hormoonpreparaten worden vergoed conform de AZPAS-geneesmiddelen klapper.

11.8. Paramedische zorg

Vergoeding voor een maximaal bedrag van **SRD 12.000,-** per verzekeringsjaar gecumuleerd voor de diverse disciplines en indien medisch noodzakelijk op verwijzing van de arts.

11.9. Optische zorg*

- Oogmetingen door de optometrist of opticien;
- Eenmalige vergoeding van optische zorg tot een maximaal bedrag van **SRD 2.625,-** per 24 maanden op voorschrift van de oogarts, opticien of optometrist.

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 Maatschappij vooraf toestemming heeft verleend.

Anesthesiologie

Pijnbehandelingen*: Maximaal 4 behandelingen per verzekeringsjaar.

Algemene Chirurgie

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

Cardiologie en cardiochirurgie*

- Pacemaker, voor aanschafkosten geldt een gecumuleerd maximaal bedrag van **SRD 95.000,-** per verzekeringsjaar, maximaal 1 maal per verzekeringsjaar;;
- Kosten in verband met hartcatheterisatie als diagnostisch onderzoek, maximaal **2** 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 een maximum bedrag van **SRD 150.000,-** per verzekeringsjaar.

Dermatologie

De kosten van dermatologie worden vergoed indien medisch noodzakelijk. Niet vergoed worden kosten die verband houden met behandelingen ontstaan uit persoonlijke behoefte, -omstandigheid of -noodzaak zoals cosmetische behandelingen.

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 tubatest (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 met betrekking tot nierdialyse, inclusief medicamenten en het aanleggen van een shunt worden vergoed tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 175.000,-** per verzekeringsjaar.
- Vergoeding voor de aanschaf van een dialyse catheter in verband met dialyse tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 10.000,-** per verzekeringsjaar.

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

Kaakchirurgie*

De kosten van kaakchirurgie worden vergoed indien medisch noodzakelijk. Niet vergoed worden kosten die verband houden met behandelingen ontstaan uit persoonlijke behoefte, -omstandigheid of -noodzaak zoals cosmetische dan wel preventieve tandheelkundige behandelingen.

Keel-, Neus- en Oorheelkunde*

Gehoorapparaat, maximaal bedrag van **SRD 10.000,-** per oor eens per 2 verzekeringsjaren, indien de sterkte is gewijzigd.

Kindergeneeskunde**Neurochirurgie**

Kosten in verband met neurochirurgie worden vergoed tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 90.000,-** per verzekeringsjaar.

Neurologie**Orthopedie****Hulpmiddelen***

- Vergoedingsaanschaffkosten voor alle hulpmiddelen op medisch voorschrift, tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 150.000,-** per verzekeringsjaar;
- Been en/of armprothesen bij amputatie ten gevolge van een ongeval of ten gevolge van een chronische ziekte die bij het aangaan van de verzekering niet aanwezig was, tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 25.000,-** per verzekeringsjaar op voorschrift van de orthopedisch chirurg en na goedkeuring door de maatschappij;
- Orthopedisch schoeisel en steunzolen maximaal 1x per verzekeringsjaar op voorschrift van de orthopedisch chirurg of revalidatie arts en na goedkeuring door de maatschappij tot een maximum bedrag van **SRD 2.000,-** per verzekeringsjaar;
- Vergoeding in de kosten van hip loc, platen en schroeven tot een maximaal bedrag van **SRD 100.000,-** per verzekeringsjaar;
- Het huren van orthopedische hulpmiddelen, te weten spalken, orthopedische krukken en orthopedische kraag, uitsluitend op medisch voorschrift.

Oogheelkunde**Parasitologie**

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

Plastische chirurgie*

De kosten van plastische chirurgie worden 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 **20 consulten en/of behandelingen** per verzekeringsjaar;
- Klinisch, maximaal **6 weken** per verzekeringsjaar, al dan niet aaneengesloten.

Pulmonologie**Radiologie**

Verricht op aanvraag van de arts. Hieronder vallen:

- Echografieën;
- Röntgenfoto's;
- Scopieën (kijkonderzoek);
- CT-scan en/of MRI-scan*: maximaal **4** per verzekeringsjaar.

Interventie radiologie

Vergoeding tot een gecumuleerd maximaal bedrag van **SRD 50.000,-** per verzekeringsjaar.

Radiotherapie

Vergoeding tot een gecumuleerd maximaal bedrag van **SRD 50.000,-** per verzekeringsjaar.

Revalidatie geneeskunde**Urologie*****11.12. Medische thuiszorg***

Ter voorkoming of het verkorten van een ziekenhuis opname. Maximaal en gecumuleerd worden **120 dagen** per verzekeringsjaar vergoed, al dan niet aaneengesloten. Uitsluitend na schriftelijke toestemming van Assuria.

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

11.13. Ziekenhuis*

11.13.1. De kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, d.w.z. elke willekeurige ziekeninrichting inclusief Longpaviljoen en Psychiatrisch Centrum Suriname. De kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis, zijn op basis van de vigerende polisvoorwaarden 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.

11.13.3. Voor kosten bij opname van kinderen tot en met 5 jaar geldt: Vergoeding van rooming-inkosten van in totaal **7 dagen** per verzekeringsjaar voor één ouder, onder de voorwaarden dat één van de ouders verzekerd is bij Assuria Medische Verzekering N.V.

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.

11.15. Hospice*

Dekking voor maximaal **4 maanden** per leven voor terminale patiënten.

11.16. Ambulancevervoer

- De kosten van ambulancevervoer over land van en/of naar een gezondheidsinrichting op indicatie van de arts.
- In geval van acuut medisch luchttransport een maximaal bedrag van **SRD 10.000,-** per verzekeringsjaar.

11.17. Alternatieve geneeswijzen

Vergoeding tot een gecumuleerd maximum bedrag van **SRD 3.000,-** per verzekeringsjaar.

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

ARTIKEL 12 | GESCHILLEN

- 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 ter zake 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 gerede 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 depot verplicht

ARTIKEL 13 | VERLIES AZPAS-PAS

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