
**POLISVOORWAARDEN &
VERGOEDINGEN
TANDPAS VERZEKERING**

JANUARI 2023

ZEKER IS ZEKER

INHOUDSOPGAVE

ARTIKEL 1 BEGRIPSBEPALINGEN	2
ARTIKEL 2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING	3
ARTIKEL 3 AANMELDING	4
ARTIKEL 4 INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING	4
ARTIKEL 5 RECHTEN ENVERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE	5
ARTIKEL 6 VERGOEDINGEN/UITSLUITINGEN	6
ARTIKEL 7 PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN	7
ARTIKEL 8 PREMIE	8
ARTIKEL 9 KEUZE VAN TANDARTS	10
ARTIKEL 10 WIJZIGING VAN PREMIES EN/OF VOORWAARDEN	10
ARTIKEL 11 GESCHILLEN	11
ARTIKEL 12 VERLIES TANDPAS PASJE	11

Deze voorwaarden zijn van toepassing op de dekkingsvarianten:

- TandPas Basic
- TandPas Classic
- TandPas Supreme
- TandPas Supreme +

CONTACTGEGEVENS

Voor een offerte of informatie kunt u bellen op:

- Tel: 473400 / 477955
- E-mail: customer.service@assuria.sr
- Website: www.assuria.sr

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

Ieder die als zodanig op het polisblad, het polisaanhangsel of de verzekeringspas is vermeld en op grond daarvan aanspraak maakt op de voorzieningen conform de polisvoorwaarden.

1.4. Verzekering

De door verzekeringnemer bij de maatschappij gesloten TandPas verzekering.

1.5. Aanvraagformulier

Het formulier dat de verzekeringnemer invult om in aanmerking te komen voor de Tandpasverzekering.

1.6. Dienstverlenerlijst

Overzicht van zorgverleners/dienstverleners met welke verzekeraar een overeenkomst heeft voor het verlenen van diensten aan TandPas-verzekerden.

1.7. Gebit

Tanden en kiezen van een mens welke voor niet meer dan 50% gekenmerkt kunnen worden als te zijn vals en/of van kunst.

1.8. Medische noodzaak

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

1.9. Premie

Het bedrag dat de verzekeringnemer jaarlijks aan de verzekeraar moet betalen teneinde aanspraak te kunnen maken op de door de verzekeraar te vergoeden tandheelkundige verrichtingen.

1.10. Saneringsverklaring

Een verklaring afgegeven door een tandarts, welke door de kandidaat-verzekerde overgelegd dient te worden aan Assuria Medische Verzekering N.V. om in aanmerking te kunnen komen voor een tandartsverzekering.

1.11. Tandarts adviseur

De tandarts die Assuria Medische Verzekering N.V. in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.12. Tandheelkundige hulp

De tandheelkundige verrichtingen waar verzekerde recht op heeft, gedaan door een bij de verzekeraar contractueel verbonden tandarts.

1.13. TandPas pasje

Door de verzekeraar aan verzekerde verstrekt bewijs van recht op tandheelkundige zorg conform de polisvoorwaarden.

1.14. TandPas Tandarts

De in Suriname geregistreerde en gevestigde tandarts, met welke verzekeraar een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten.

1.15. TandPas-Klapper

Lijst van tandheelkundige verrichtingen speciaal samengesteld door de verzekeraar ten behoeve van TandPas-verzekerden. Deze lijst wordt op aanvraag aan de verzekerde toegezonden en ligt ter inzage op alle kantoren van de maatschappij.

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 verzekeringspas als bewijs van de verzekering aan de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 2.3. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige hulp voor zover hij op die hulp naar inhoud en omvang op grond van de verzekeringsovereenkomst redelijkerwijs aanspraak 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 acceptatie 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.** Het aanvraagformulier, de schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk verstrekt, alsook de saneringsverklaring en eventuele andere in het bezit van de verzekeraar zijn de documenten van de kandidaat-verzekerde vormen de basis voor het wel of niet accepteren van de aanvraag.
- 3.5.** Middels het ondertekenen van het aanvraagformulier wordt de maatschappij gemachtigd om medische inlichtingen omtrent (kandidaat-)verzekerde in te winnen en te delen met de Tandarts door wie de (kandidaat-) verzekerde behandeld wordt of zal worden.

ARTIKEL 4 | INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

4.1. Ingangsdatum en duur van de verzekering

- 4.1.0.** De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld, indien de verschuldigde premie per die datum is voldaan.
- 4.1.1.** De verzekering wordt aangegaan voor de duur van 1 (één) jaar.
- 4.1.2.** De verzekering wordt telkens voor 1 (één) jaar verlengd, tenzij dit uiterlijk 30 dagen vóór het verstrijken van de geldigheidsduur bij aangetekend schrijven is opgezegd, behoudens in het geval zoals in art. 8.3 beschreven.

- 4.1.3. De verzekerde krijgt bij het aangaan van de verzekering een TandPas-pasje. De geldigheidsduur van dit pasje komt overeen met de geldigheidsduur van de verzekering.

4.2. Einde/ Beëindiging van de verzekering

De verzekering eindigt of wordt beëindigd in de navolgende gevallen.

- Bij schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer uiterlijk 30 dagen vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van de verzekering. De ingangsdatum van de beëindiging is de einddatum van de verzekeringsduur. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 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. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- Bij permanente vestiging van verzekerde in het buitenland; hiervan dient minstens 30 dagen voor het vertrek schriftelijk mededeling te worden gedaan door de verzekeringnemer.
- Bij schriftelijke mededeling dat op verzekeringnemer c.q. de verzekerde de plicht rust ombij het staatsziekenfonds of een andere publiekrechtelijke zorgverzekeraar verzekerd te zijn voor vergoeding van tandheelkundige kosten. Tevens doet verzekeringnemer de maatschappij toekomen een kopie van het bewijs van de nieuwe verzekering. De ingangsdatum van de beëindiging is de datum van ontvangst van bedoelde schriftelijke kennisgeving, doch niet eerder dan de ingangsdatum van de verplichte verzekering.
- Ingeval van artikel 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 | RECHTEN EN VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

- 5.1. De verzekerde is gerechtigd om, middels overlegging van het TandPas-pasje, gebruik te maken van de verkregen dekking.
- 5.2. Indien door toedoen van een aansprakelijke derde kosten door verzekeringnemer/ verzekerde worden gemaakt, welke kosten door de maatschappij zijn vergoed, dan rust op verzekeringnemer/ verzekerde de plicht om volledig mee te werken aan het verhalen van deze kosten op bedoelde derde. Zonder schriftelijke toestemming van de maatschappij is het niet toegestaan een regeling te (laten) treffen met bedoelde derde of met zijn Verzekeringsmaatschappij.

- 5.3. Indien de belangen van de maatschappij worden geschaad doordat verzekeringnemer/verzekerde de verplichtingen vermeld onder artikel 5.2 niet nakomt, hoeft de maatschappij de kosten niet te vergoeden.
- 5.4. De verzekerde is verplicht zich voor tandheelkundige diensten te wenden tot de door hem, volgens het aanvraagformulier, gekozen tandarts.
- 5.5. De verzekerde is verplicht zich eenmaal per jaar tot zijn TandPas tandarts te wenden voor gebitscontrole. Als bewijs daarvan verkrijgt de maatschappij/verzekeraar een vervolg saneringsverklaring van de TandPas tandarts.
- 5.6. De verzekerde is verplicht om ter verkrijging van de (vervolg-) saneringsverklaring de TandPas Tandarts de gewenste inlichtingen te verschaffen.

ARTIKEL 6 | VERGOEDINGEN/UITSLUITINGEN

- 6.1. De maatschappij vergoedt tandheelkundige kosten die zijn gemaakt binnen de grenzen van de Republiek Suriname.
De navolgende tandheelkundige verrichtingen die nader omschreven zijn in de TandPas-klapper worden vergoed:

- Consulten
- Mondhygiëne
- Röntgenfoto's
- Verdoving
- Vullingen
- Behandeling van tandvlees
- Wortelkanaalbehandeling
- Chirurgie door tandarts
- Prothetische voorzieningen

- 6.2. Afhankelijk van de verzekerde dekkingsvariant, gelden maximale vergoedingen per verzekeringsjaar. Assuria kent de TandPas Basic, TandPas Classic, TandPas Supreme en TandPas Supreme+.

- 6.3. Uitsluitingen

Expliciet worden niet vergoed:

- Kosten van tandheelkundige verrichtingen gemaakt binnen 6 maanden na aanvang van de tandartsverzekering, tenzij deze kosten een direct gevolg zijn van een ongeval.
- Alle overige tandheelkundige verrichtingen niet vermeld in de TandPas-Klapper

ARTIKEL 7 | PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN

7.1. Uitbetaling van de vergoeding

7.1.1. Kosten worden rechtstreeks vergoed door de maatschappij aan de TandPas tandarts.

7.1.2. Indien verzekeringnemer/ verzekerde door bijzondere omstandigheden de kosten zelf betaalt, dan vergoedt de maatschappij de kosten zo gauw de aanspraak daarop is komen vast te staan.

7.2. Voorwaarden voor vergoeding

7.2.1. De maatschappij vergoedt uitsluitend kosten die zijn gemaakt vóór de premieervaldag.

7.2.2. Bij toepassing van het in artikel 7.1.2 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.

7.2.3. Indien de verzekeringnemer/ verzekerde de nota's in vreemde valuta heeft voldaan dan zal de vergoeding van de gemaakte kosten door de maatschappij geschieden in Surinaams courant. Voor de vaststelling van de tegenwaarde van de kosten zal de maatschappij gebruik maken van de koersnotering van de Centrale Bank van Suriname op de datum waarop de hulpverleend is.

7.2.4. Kosten zoals bedoeld in artikel 7.1.2, worden slechts vergoed indien de betreffende nota's niet later dan 2 weken na de behandeldatum ingediend worden bij de maatschappij.

7.2.5. Medische kosten worden slechts vergoed op basis van het met de tandarts overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen, worden kosten vergoed op basis van het tarief zoals vastgesteld door de Surinaamse Tandheelkundige Vereniging.

7.2.6. Recht op tandheelkundige vergoedingen bestaat slechts, indien de verplichte jaarlijkse gebitscontrole heeft plaatsgevonden.

7.3. Samenloop

Ingevolge art. 5.2 en in geval van overige ontstane tandheelkundige kosten 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 8 | PREMIE

8.1. Hoogte van de premie

- 8.1.1. Op het polisblad staat vermeldt de hoogte van de premie voor de verzekering.
- 8.1.2. De maatschappij stelt afhankelijk van de (medische) gegevens op de ingangsdatum de hoogte van de premie voor de verzekering vast.
- 8.1.3. Per verzekering worden er op de premie, per ingangsdatum en vervolgens steeds per polisvervaldag, poliskosten in rekening gebracht. Indien de TandPas-verzekering in combinatie met een AZPAS-verzekering is afgesloten, worden er voor de TandPas geen aparte poliskosten in rekening gebracht.

8.2. Het betalen van de premie

- 8.2.1. De verzekeringnemer is verplicht de premie 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 ten kantore 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 prolongatie

- 8.3.1. Niet-betaling van premie
 - Bij niet-betaling van de premie binnen 14 dagen nadat deze verschuldigd is geworden, is de maatschappij zonder ingebrekestelling, gerechtigd de verzekering op te schorten, welke opschorting geacht wordt te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de achterstallige premie verschuldigd is.
 - Indien binnen 14 dagen na de dag van opschorting de premie niet is voldaan, wordt de verzekering beëindigd met ingang van de eerste dag waarop de achterstallige premie verschuldigd is.
 - Ook over de periode van opschorting blijft premie verschuldigd en opeisbaar, zonder dat verzekerde zich op het recht van compensatie kan beroepen.

- Bij opschorting wordt de verzekering eerst weer van kracht op de dag nadat de verschuldigde premie en de voor de maatschappij door de inning ontstane kosten ende wettelijke rente zijn voldaan.

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. Tevens heeft de maatschappij het recht de verzekering per een door haar te bepalen datum te beëindigen.

8.3.4. Opschorting van de verzekering

Verzekeringnemer kan geen aanspraak maken op vergoeding van kosten waartoe de noodzaak of verwachting om die te maken zich heeft geopenbaard in de periode dat de verzekering was opgeschort.

8.4. Restitutie premie

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

- Ingeval van permanente vestiging van verzekerde in het buitenland, blijkens overlegging van een bewijs van uitschrijving van het Centraal Bureau voor Burgerzaken.
- Ingeval van een verplichte verzekering bij de Stichting Staats Ziekenfonds of op grond van een publiekrechtelijke regeling.
- Ingeval van beëindiging van het dienstverband bij een collectieve TANDPAS-verzekering anders dan het in art. 8.4.2 vermelde geval.

Bij premierestitutie worden administratiekosten in rekening gebracht.

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 TANDARTS

- 9.1. Verzekerde doet bij aanvang van de verzekering een keuze uit de lijst van tandartsen met wie de maatschappij een dienstverleningsovereenkomst is aangegaan.
- 9.2. Na het afsluiten van de verzekering mag verzekerde van tandarts wijzigen. De maatschappij kan in voorkomende gevallen een onderzoek instellen naar de reden van een dergelijk wijzigingsverzoek. Voor het maken van een nieuw TandPas pasje worden kosten in rekening gebracht. Deze kosten komen voor rekening van de verzekeringnemer.
- 9.3. Onverminderd het in het vorige lid gestelde, geldt dat kosteloos van tandarts 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 tandarts of indien de overeenkomst tussen de maatschappij en de tandarts verbroken wordt.

ARTIKEL 10 | WIJZIGING VAN PREMIES EN/OF VOORWAARDEN

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

- 11.1.** Op deze overeenkomst is het Surinaamse recht van toepassing.
- 11.2.** 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.
- 11.3.** 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 gereede partij, die aan haar wederpartij alsdan van de indiening van dit verzoekschrift kennisgeeft. 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.
- 11.4.** 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 alsdan tot het stellen van een zodanig depôt verplicht.

ARTIKEL 12 | VERLIES TANDPAS PASJE

Voor het maken van een nieuw TandPas-pasje in geval van verlies worden administratiekosten in