

---

**POLISVOORWAARDEN &  
VERGOEDINGEN  
AZPAS BUDGET**

JANUARI 2023

***ZEKER IS ZEKER***

## INHOUDSOPGAVE

ARTIKEL 1   BEGRIPSBEPALINGEN .....	2
ARTIKEL 2   GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING .....	5
ARTIKEL 3   AANMELDING .....	6
ARTIKEL 4   INGANGSDATUM, DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING .....	6
ARTIKEL 5   VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE .....	7
ARTIKEL 6   PROCEDURES BIJ VERGOEDINGEN .....	8
ARTIKEL 7   UITSLUITINGEN .....	9
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 .....	17
ARTIKEL 13   VERLIES AZPAS-PAS .....	17

## **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, het 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 Budget 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 vervoeren van zieken en/of slachtoffers.

### **1.7. Arts**

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

- Als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerd staat 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. Dienstverlenerslijst**

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

**1.11. Farmaceutische zorg**

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

**1.12. Medisch adviseur**

De arts die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

**1.13. Medische noodzaak**

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

**1.14. 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.

**1.15. Medische Verbruiksartikelen Klapper (MVK)**

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

**1.16. Ongeval**

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

**1.17. 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.

**1.18. 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.

**1.19. 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.

**1.20. 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.

**1.21. 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.

**1.22. 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.

**1.23. SEH**

Spoedeisende Hulp afdeling van een ziekenhuis in Suriname.

**1.24. 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.

**1.25. 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.

**1.26. Specialist**

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

- Als zodanig bij de bevoegde instantie geregistreerd staat;
- Op gebruikelijke wijze de specialistische artspraktijk uitoefent;
- Een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten met de verzekeraar.

**1.27. Dekkingsgebied**

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

**1.28. Chronische ziekten**

Langdurige ziekten die niet spontaan verdwijnen en zelden volledig genezen.

**Paramedische zorg**

De zorg die ten doel heeft de gezondheid van de patiënt zo goed mogelijk op peil te houden en zich richt op het beter functioneren van het lichaam.

**Psychotherapie**

Psychotherapie is een vorm van behandeling door een psychotherapeut waarbij het behandelen van psychische stoornissen of levensproblemen door middel van praten centraal staat.

## **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 de verzekering aan de verzekeringnemer of de verzekerde.
- 2.3.** De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang 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.

## **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 30dagen 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 te (doen) verschaffen.
- 5.2.** Indien door toedoen van een aansprakelijke derde kosten door verzekeringnemer/verzekerde worden gemaakt, welke kosten door de Maatschappij zijn vergoed, dan rust op verzekeringnemer/verzekerde 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 op basis van het geldende overeengekomen tarief rechtstreeks vergoed door de Maatschappij aan de zorgverleners of aan de verzekeringnemer/ verzekerde zo gauw de aanspraak daarop is komen vast te staan (zie ook art. 6.2.2).

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

- 6.2.1.** De Maatschappij vergoedt uitsluitend kosten die zijn gemaakt gedurende de geldigheid van deze verzekering.
- 6.2.2.** Bij toepassing van het in artikel 6.1.1 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, waarvan de verwijfsdatum vooraf aan de behandeldatum ligt, ingeleverd te worden alsmede duidelijke informatie inzake diagnose en behandeling.
- 6.2.3.** De Maatschappij vergoedt alleen nota's van gemaakte zorgkosten indien deze nota's zijn uitgedrukt in Surinaamse dollars.
- 6.2.4.** Kosten zoals bedoeld in artikel 6.1.1, worden slechts vergoed indien de betreffende nota's niet later dan 2 weken na de behandeldatum ingediend worden bij de

Maatschappij. Als vereiste geldt dat de behandeling heeft plaatsgevonden middels verwijzing zoals aangegeven in art. 9.4 en art. 9.5.

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

**6.2.6.** De kosten voor medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed.

**6.3. Samenloop van verzekeringen**

Ingevolge art. 5.2 en in geval kosten zijn ontstaan door ziekten of ongevallen die de verzekerde ingevolge een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, een subsidieregeling of - ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten - op een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden, worden deze kosten 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 verband houdende met kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen waaraan de verzekerde lijdt of heeft geleden op of voor de ingangsdatum van de verzekering worden niet vergoed. Ook wanneer de verzekerde hier zelf niet mee bekend was. Kosten die met die kwaal, klacht of afwijking verband houden komen ook niet voor vergoeding in aanmerking.

**7.2.** Kosten verband houdende met chronische ziekten worden niet vergoed.

**7.3.** Kosten verband houdende met primaire en secundaire vruchtbaarheidsstoornissen, sterilisatie en erfelijkheid worden niet vergoed.

**7.4.** Kosten verband houdende met zwangerschap, bevalling en abortus provocatus worden niet vergoed.

**7.5.** Kosten verband houdende met nierdialyse worden niet vergoed.

**7.6.** Kosten van kunst- en hulpmiddelen worden niet vergoed.

- 7.7. Kosten verband houdende met paramedische zorg worden niet vergoed.
- 7.8. Kosten verband houdende met psychotherapie worden niet vergoed.
- 7.9. Kosten verband houdende met gal- en nierstenen worden niet vergoed.
- 7.10. Kosten verband houdende met preventieve zorg worden niet vergoed.
- 7.11. Kosten verband houdende met revalidatie worden niet vergoed.
- 7.12. Kosten verband houdende met thuiszorg, verpleeghuis en hospice worden niet vergoed.
- 7.13. Kosten die direct of indirect het gevolg zijn van atoomkernreacties en radioactieve bestraling - tenzij toegepast bij een medische behandeling -, natuurrampen en molest worden niet vergoed. Onder 'molest' wordt verstaan elke oorzaak van een verpleging en/of behandeling welke een uitvloeisel is van geweld toegebracht door mensen, niet door de natuur zoals oproer, onlusten, politieke conflicten, oorlog, terrorisme of van een 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. 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.
- 7.14. Kosten die verband houden met niet erkende geneeswijzen worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.15. Kosten van medicatie die verband houden met geslachtsziekten, HIV en AIDS worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.16. Kosten van keuringen en attesten worden niet vergoed door de Maatschappij.
- 7.17. Kosten die verband houden met onachtzaam of roekeloos gedrag en/of ontstaan door of ten gevolge van overmatig gebruik van alcohol en/of gebruik van drugs alsmede kosten als gevolg van intoxicaties en suïcide (pogingen) worden niet vergoed.
- 7.18. Kosten gedurende detentie worden niet vergoed.

- 7.19. Kosten die verband houden met hulp verleend door een specialist op een niet tot zijn specialisme behorend gebied worden niet vergoed.
- 7.20. Kosten die verband houden met zorgdisciplines, die niet genoemd zijn in de polisvoorwaarden worden niet vergoed.
- 7.21. Kosten van aanvullend onderzoek, die niet vallen onder de in deze polisvoorwaarden genoemde dekkingen worden niet vergoed.
- 7.22. Kosten van tandheelkundige behandeling worden niet vergoed.
- 7.23. Kosten van vaccinaties en alle preventieve maatregelen bij een reis naar zowel het binnen- als het buitenland worden niet vergoed.
- 7.24. Kosten van geneesmiddelen die niet zijn voorgeschreven in het kader van deze polis en niet vallen onder de in deze polisvoorwaarden genoemde dekkingen worden niet vergoed.
- 7.25. 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 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 administratie- 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 (digitaal) 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 (digitaal) 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.** Met inachtneming van de wet heeft de Maatschappij het recht de premie en/of voorwaarden te herzien en deze verzekering tussentijds aan de nieuwe premie en/of voorwaarden aan te passen. Bij wijziging van voorwaarden komen de voorwaarden die vóór de wijziging golden, te vervallen. Elke aanpassing in premies en/of polisvoorwaarden wordt door de Maatschappij via verschillende kanalen, waaronder de website van Assuria, [www.assuria.sr](http://www.assuria.sr), beschikbaar gesteld aan de verzekeringnemer.
- 10.2.** De verzekeringnemer die niet met de aanpassing van de voorwaarden van de verzekering akkoord gaat, kan de verzekering beëindigen tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de Maatschappij binnen 30 dagen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de aanpassing van de voorwaarden van de verzekering is gedaan. De verzekering wordt dan beëindigd op de ingangsdatum van de aanpassing.
- 10.3.** De verzekeringnemer die niet met een aanpassing van de premie akkoord gaat, kan de verzekering beëindigen. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de Maatschappij in de periode gelegen tussen de datum waarop aan de verzekeringnemer mededeling is gedaan van de aanpassing en de datum van aanpassing doch niet later dan 30 dagen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling is gedaan van de aanpassing.
- 10.4.** Als de Maatschappij binnen de in lid 2 en 3 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer heeft ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet tegen de nieuwe premie en/of voorwaarden.
- 10.5.** Vermelde aanpassingen zullen automatisch op de verzekeringnemer van toepassing zijn indien:
- Hij/zij nog geen 12 maanden bij de Maatschappij verzekerd is;
  - De premie hoger wordt door het overschrijden van de grens van een leeftijdsklasse door de verzekerde(n).

## 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 en indien deze onder de dekking van de polis vallen. De vereiste garantieverklaring geldt niet voor de huisarts en SEH. Er zijn met de bij de Maatschappij aangesloten apotheken afspraken gemaakt over de in Suriname volgens de AZPAS Geneesmiddelen Klapper verkrijgbare genees- en verbandmiddelen.

De medisch noodzakelijke kosten worden vergoed indien:

- Deze onder de dekking van de verzekering vallen;
- Deze ontstaan zijn tijdens de looptijd van de verzekering;
- Deze gemaakt zijn tijdens de looptijd van de verzekering;
- Deze op het moment dat de verzekering afgesloten werd niet verwachtbaar waren en het ontstaan onder normale omstandigheden ook niet te verwachten was.

Het ziekenhuis en de zorgverlener waar de verzekerde zorg geniet, mogen door de verzekerde zelf gekozen worden. Voor behandelingen door een zorgverlener geldt dat deze door bevoegde instanties erkend moet zijn en bevoegd is om de behandelingen uit te voeren.

De medische behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen zijn:

### 11.1. Huisarts

Hieronder vallen:

- Consulten tot een maximaal bedrag van **SRD 1.500,-** per verzekeringsjaar;
- Medische verrichtingen conform de met de huisarts overeengekomen verrichtingenlijst tot een maximaal bedrag van **SRD 3.500,-** per verzekeringsjaar.

### 11.2. Medisch Diagnostisch Onderzoek tot een maximaal bedrag van **SRD 7.500,-** per verzekeringsjaar:

Hieronder valt:

- Laboratoriumonderzoek cf. het voorschrift van een huisarts/medisch specialist;
- Radiologisch onderzoek cf. het voorschrift van een huisarts/medisch specialist.

### 11.3. Farmaceutische zorg tot een maximaal bedrag van **SRD 3.500,-** per verzekeringsjaar:

Hieronder vallen:

Geregistreerde geneesmiddelen die voorkomen in de AZPAS Geneesmiddelen Klapper, op voorschrift van huisarts of medisch specialist, die op recept worden verstrekt via een apotheek voor zover deze zijn voorgeschreven in het kader van deze polis en vallen onder de in deze polisvoorwaarden genoemde dekkingen.



**11.4. Medisch Specialistische zorg**

Poliklinische Consulten tot een maximaal bedrag van **SRD 2.000,-** per verzekeringsjaar.

Medisch specialistische behandelingen en onderzoeken tot een maximaal bedrag van **SRD 50.000,-** per verzekeringsjaar. Hieronder vallen:

- Specialistische behandelingen en/of onderzoek door een medisch specialist waarbij de behandeling of het onderzoek behoort tot het specialisme waarvoor de arts staat ingeschreven;
- Bijkomende medische kosten voor specialistische behandeling, zoals kosten van bloedtransfusies, narcose en gebruik van de operatiekamer.

**11.5. Ziekenhuisopname/Klinische dagbehandelingen/Poliklinische operatieve** ingrepen tot een maximaal bedrag van **SRD 150.000,-** per verzekeringsjaar uitsluitend i.v.m. en a.g.v. een acute medische noodzaak:

Hieronder vallen:

- Ligdagen uitsluitend in de 3e klasse;
- De tijdens de opname Medisch Specialistische behandelingen en operatieve ingrepen;
- Nabehandelingen uitsluitend in navolging van de acute medische noodzaak waarvoor de ziekenhuisopname/klinische dagbehandeling/poliklinische operatieve ingreep noodzakelijk was voor zover deze zorg gedekt onder deze polis.

**11.6. Spoed Eisende Hulp (SEH)** tot een maximaal bedrag van **SRD 2.500,-** per verzekeringsjaar.

Hieronder vallen:

Acute medische zorg op afdeling Spoedeisende Hulp en urgente behandeling door wachtdokter.

**11.7. Medisch noodzakelijk ambulance vervoer** over land tot een maximaal bedrag van **SRD 1.000,-** per verzekeringsjaar.

## **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 terzake de benoeming van dit derde lid niet tot overeenstemming kunnen komen, dan wordt het derde lid benoemd door de bevoegde rechter in Suriname, op verzoek van beide partijen of van de meest gereede partij, die aan haar wederpartij als dan van de indiening van dit verzoekschrift kennis geeft. Van de benoeming van de leden der commissie van advies moet blijken uit een door partijen en die leden ondertekende akte, welke tevens inhoudt een omschrijving van het onderwerp van geschil.
- 12.4.** De leden van de commissie van advies zullen naar redelijkheid en billijkheid hun advies geven. Elke partij draagt de kosten van het door hem aangewezen lid. De kosten van het derde lid worden door partijen elk voor de helft gedragen. Het derde lid is bevoegd alvorens de zaak in behandeling te nemen van partijen een door hem te bepalen bedrag als zekerheid te verlangen. Partijen zijn als dan tot het stellen van een zodanig depôt verplicht.

## **ARTIKEL 13 | VERLIES AZPAS-PAS**

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