

Met inachtneming van de Wet Nationale Basiszorgverzekering (SB 2014 no. 114) biedt Parsasco onder de navolgende verzekeringsvoorwaarden, haar Parsasco Brons Ziektelkostenverzekering aan.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Maatschappij

N.V. Paramaribo Schade Assurantie Company, afgekort "Parsasco".

1.2 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met Parsasco is aangegaan.

1.3 Verzekerde

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

1.4 Verzekering

De door verzekeringnemer bij de maatschappij afgesloten Parsasco Brons Ziektelkostenverzekering.

1.5 Ambulance

Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en slachtoffers van ongelukken over land.

1.6 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;
- Een dienstverlenersovereenkomst heeft gesloten met de maatschappij.

1.7 PBZV-pas

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

1.8 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.

1.9 Zorgraad

De Zorgraad is een rechtspersoon en is gevestigd in Paramaribo. De Zorgraad is belast met het toezicht op de uitvoering en handhaving van het bepaalde bij of krachtens de Wet Nationale Basiszorgverzekering.

1.10 Uitvoeringsorgaan Basiszorg

Het Uitvoeringsorgaan Basiszorg is een rechtspersoon en is gevestigd in Paramaribo. Het Uitvoeringsorgaan Basiszorg is belast met het toezicht op de uitvoering van het bepaalde bij of krachtens de Wet Nationale Basiszorgverzekering.

1.11 Dekkingsgebied

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

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

2.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Wet Nationale Basiszorgverzekering aangevuld met de door de Maatschappij verruimde dekking, alsmede het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

2.2 De verzekeraar verstrekt een polis en een verzekeringspas als bewijs van de verzekering aan de verzekeringnemer of de verzekerde.

2.3 De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van kosten van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3 Aanvraag

3.1 Verzekeringnemer en verzekerde zijn verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te voorzien van een dag- en handtekening.

N.V. Paramaribo Schade Assurantie Company

Henck Arronstraat 115-119	Paramaribo	t +597 421212	klantenservice@parsasco.com
Waterloostraat 15B	Nickerie	t +597 0210421	nickerie@parsasco.com
Tamansarie 92	Commewijne	t +597 356922	commewijne@parsasco.com
van Drimmelenweg BR3	Lelydorp	t +597 0369077	lelydorp@parsasco.com

zorg@parsasco.com www.parsasco.com



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, zal de aanvraag niet in behandeling worden 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. De kosten ontstaan door het ten onrechte gebruikmaken van deze verzekering, zullen op de 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. De dienstverlener is verplicht om aan de maatschappij alle inlichtingen, rapportage en data te verstrekken alsmede alle medewerking te verlenen, die nodig zijn voor de uitvoering van en/of het toezicht van de verstrekte zorg.

Artikel 4 Ingangsdatum, duur en einde van de verzekering en Premierestitutie

4.1 Ingangsdatum en duur van de verzekering

4.1.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad of het verzekeringspas als ingangsdatum staat vermeld, mits de verschuldigde premie per die datum is voldaan.

4.1.2 De verzekering wordt aangegaan voor de duur van 1 jaar, tenzij deze uiterlijk 14 dagen vóór het einde van het verzekeringsjaar schriftelijk wordt opgezegd door de verzekeringnemer.

4.1.3 De verzekering wordt telkens voor 1 jaar verlengd, tenzij deze uiterlijk 14 dagen vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van de verzekering bij aangetekend schrijven is opgezegd.

4.1.4 De verzekerde krijgt bij het aangaan van de verzekering een PBZV-pasje. De geldigheidsduur van dit pasje komt overeen met de periode waarover de verschuldigde premie voldaan is.

4.2 Einde/ Beëindiging van de verzekering

De verzekering eindigt of wordt beëindigd in de navolgende gevallen.

- Bij schriftelijke opzegging door de verzekeringnemer uiterlijk 14 dagen vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van de verzekering.

De ingangsdatum van de beëindiging is de einddatum van de verzekeringsduur;

- Bij schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer omtrent het niet akkoord gaan met de aanpassingen van de polisvoorwaarden en wel binnen 14 dagen na ontvangst van bedoelde voorwaarden;

- Bij permanente vestiging van verzekerde in het buitenland; hiervan dient minstens 14 dagen voor het vertrek schriftelijk mededeling te worden gedaan door de verzekeringnemer;

- Bij achterstallige betaling van de premie voor langer dan twee maanden;

- Bij overlijden van de verzekerde;

- Bij beëindiging van het dienstverband bij een collectieve verzekering.

4.3 Premierestitutie

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

- Ingeval van permanente vestiging van verzekerde in het buitenland, op aantoning van een bewijs van uitschrijving van het Centraal Bureau voor Burgerzaken.

- Ingeval van beëindiging van het dienstverband bij een collectieve PBZV.

- Ingeval de verzekeringsovereenkomst ingevolge artikel 3.3 nietig wordt verklaard, zal de volledige premie worden gerestitueerd.

Bij premierestitutie worden administratiekosten in rekening gebracht. Er vindt geen restitutie van de premie plaats zolang het PBZV-pasje niet is ingeleverd. Er vindt geen restitutie van de premie plaats indien de verzekering wordt beëindigd wegens het overlijden van verzekerde.

Artikel 5 Zorgvoorzieningen

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

Onder medisch noodzakelijke kosten vallen de kosten van:

5.1 Arts, hieronder begrepen consulten en medische verrichtingen volgens de overeenkomst met de arts.

5.2 Consultaties bij zorgverleners voor preventieve zorg en onderzoek alsook medicatie.

5.3 De specialismen die vallen onder de verzekerde zorgvoorzieningen zijn:

- Algemene Chirurgie
- Interne Geneeskunde
- Kindergeneeskunde
- Gynaecologie/ Verloskunde
- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Dermatologie
- Kaakchirurgie
- KNO-heelkunde
- Longgeneeskunde
- Neurologie
- Neurochirurgie
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Plastische chirurgie (op medische indicatie)
- Psychiatrie
- Revalidatiegeneeskunde
- Urologie
- Parasitologie
- Radiologie

Debehandeling doordemedische specialist, in beginsel na verwijzing door een huisarts, geschiedt onder de volgende maximale vergoedingen en voorwaarden:

- a. Neurochirurgie:** maximaal SRD. 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
- b. Oogchirurgie:** maximaal SRD 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
- c. Hypospadië:** maximaal SRD 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per deelnemer per verzekeringsjaar;
- d. Dermatologie** waaronder huidtherapie tot maximaal 6 (zes) behandelingen per deelnemer per verzekeringsjaar;
- e. Plastische chirurgie** tot maximaal SRD. 5.000,- (vijfduizend Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar, na toestemming van de zorgverzekeraar en uitsluitend in geval van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, en bij congenitale afwijking;
- f. Kosten van medisch specialistische behandelingen** door buitenlandse missies na toestemming vooraf van de zorgverzekeraar.

Artikel 6 Genees- en verbandmiddelen

1. De geneesmiddelen en medische verbruiksartikelen betreffen:
 - a. Geneesmiddelen volgens de Parsasco Geneesmiddelen Klapper, welke minimaal de geneesmiddelen bevat die voorkomen in de Nationale Geneesmiddelen Klapper (N.G.K);
 - b. Verbandmiddelen die voorkomen in de Medische Verbruiksartikelenklapper (M.V.K.);
 - c. AP-stomazakjes enplakkers.
2. Vergoeding van chemotherapie geschiedt conform het Formularium Geneesmiddelen van de zorgverzekeraar tot maximaal SRD 8.000, (achtduizend Surinaamse Dollar) per verzekerde per verzekeringsjaar.
3. De geneesmiddelen worden op recept verstrekt via een apotheek.

Artikel 7 Laboratoriumonderzoek, rontgenonderzoek, scan

1. Het aanvullend medisch onderzoek, houdt onder andere het volgende in:
 - a. Laboratoriumonderzoek;
 - b. radiologischonderzoek;

- c. C.T.-Scan of MRI Scan, 1x per verzekeringsjaar. Vervolgens een eigen bijdrage van 50% (vijftig procent) van het bedrag bij de tweede en derde scan.
 - d. Hartkatheterisatie, 1x per verzekeringsjaar;
 - e. Immunohistochemische testen, 1x per verzekeringsjaar.
2. Het aanvullend medisch onderzoek wordt aangevraagd door de huisarts of de medische specialist.

Artikel 8 Specialistischecardiologie

1. Interventie cardiotherapie en cardio- of vaatchirurgie wordt vergoed tot maximaal SRD. 20.000,- (twintigduizend Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar.
2. De eigen bijdrage van de deelnemer voor een pacemaker bedraagt 50% in de kosten, 1x per verzekeringsjaar.

Artikel 9 Ambulancevervoer

Vergoeding van 50% van de kosten tot een maximum van SRD 500, (vijfhonderd Surinaamse Dollar) van ambulancevervoer over land van en/of naar een gezondheidsinrichting op instigatie van de huisarts of behandelende specialist, indien daarop aansluitend sprake is van opname respectievelijk ontslag uit het ziekenhuis.

Artikel 10 Opname en verpleging ziekeninrichting of verpleeghuis

1. Opname, klinische behandeling en verpleging in de 3e klasse van een ziekenhuis tot maximaal 120 (honderdtwintig) ligdagen voor 2 verzekeringsjaren, waaronder:
 - a. Opnamen ten behoeve van neonatale zorg;
 - b. Intensive care.
2. Bloedproducten maximaal 10 (tien) kolven per opname.
3. Opname in het Psychiatrisch Centrum Suriname (PCS) tot een maximum van 6 (zes) weken per verzekeringsjaar, al dan niet aaneengesloten.
4. Thuiszorg bij een gehospitaliseerde deelnemer tot een maximum van 3 maanden per verzekeringsjaar.
5. Opname in het longpaviljoen tot maximaal 90 (negentig) ligdagen per verzekeringsjaar.
6. Medische behandeling op de afdeling 'Spoedeisende Hulp' alsook urgente medische behandeling doordienstdoende weekend wachtdokter.

Artikel 11 Paramedische specialist

1. Vergoeding van consultatie van de psycholoog voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
2. Vergoeding van consultatie van de orthopedagoog voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
3. Behandeling door een ergotherapeut voor een maximum van 5 (vijf) behandelingen per verzekeringsjaar.
4. Behandeling door een fysiotherapeut voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.
5. Behandeling door de logopedist voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.
6. Consultatie van de diëtist voor een maximum van 10 (tien) behandelingen per verzekeringsjaar.

Artikel 12 Optische zorg

1. Oogmetingen door de optometrist of opticien.
2. Vergoeding van de kosten van optische zorg tot maximaal SRD 300, (driehonderd Surinaamse Dollar) per verzekerde per 24 (vierentwintig) maanden op voorschrift van de oogarts, opticien of optometrist.

Artikel 13 Nierdialyse

1. Vergoeding van nierdialyse bedraagt maximaal SRD 62.500, (tweeënzestigduizendvijfhonderd Surinaamse Dollar) per verzekeringsjaar inclusief medicamenten.
2. Vergoeding voor de aanschaf van een subclavia- of een femoraliscatheter in verband met nierdialyse tot een maximum van 50% van deze kosten.

Artikel 14 Orthopedische kunst -en hulpmiddelen

1. Vergoeding van orthopedische kunst- en hulpmiddelen geschiedt onder de volgende voorwaarden:
 - a. Vergoeding tot maximaal 75% van de aanschafkosten voor knie- en heupprothesen op voordracht van de orthopedisch chirurg en slechts na goedkeuring door de zorgverzekeraar en onder de voorwaarde dat de operatie in Suriname wordt verricht;

- b. Het inhuren van orthopedische hulpmiddelen, te weten gipsverband, spalken, orthopedische krukken en orthopedische kraag, uitsluitend op voorschrift van een orthopedisch chirurg of revalidatiearts;
- c. Vergoeding tot maximaal 50% in de kosten van hip loc, platen en schroeven.

Artikel 15 Zwangerschap en bevalling

- 1. Vergoeding van kosten in verband met zwangerschap en bevalling namelijk:
 - a. Prenatale controle en bevalling door de huisarts, verloskundige of de gynaecoloog inclusief de twaalf en twintig-wekenecho;
 - b. (Poli)klinische bevalling in het ziekenhuis, thuis of in een kraamzorginstelling door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts of erkende vroedvrouw;
 - c. Klinische bevalling door de gynaecoloog inclusief verzorging en verpleging tijdens en na de bevalling conform het Partus Pakket van het ziekenhuis.
 - d. Vergoeding van consultaties aan een consultatiebureau.

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

Artikel 16 Geschillen

16.1 Als verzekerde en/of verzekeringnemer door een besluit van een zorgverzekeraar of het Uitvoeringsorgaan, rechtstreeks in zijn belang is getroffen, kan hij binnen 30 dagen, nadat hij hiervan kennis heeft genomen, een bezwaarschrift indienen bij de Zorgraad.

16.2 De Zorgraad beslist binnen 30 dagen op het ingediende bezwaarschrift.

Artikel 17 Verlies PBZV-pas

De administratieve kosten voor het maken van een nieuw PBZV-pasje bedragen SRD 30,-.