a.s.r.



Polisvoorwaarden 2027

Aanvullende verzekeringen en Modules van a.s.r.

Inhoud

1. Begripsomschrijvingen **4**

2. Wijze van uitvoering **11**

3. Omvang van de dekking **13**
3.1 Acnebehandeling 13
3.2 Allergeenvrije hoezen 13
3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling) 13
3.4 Begeleiding en nazorg bij kanker 15
3.5 Brillen of contactlenzen 15
3.6 Buitenland (medische zorg) 17
3.7 Camouflage 21
3.8 Diëtetiek 21
3.9 Eczeembehandeling 22
3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing 22
3.11 Ergotherapie 23
3.12 Extra kinderopvang bij opname ouders 23
3.13 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen) 24
3.14 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening 24
3.15 Herstellingsoord en hospice 25
3.16 Hulpmiddelen 26
3.17 Kraampakket 28
3.18 Kuurreizen 28
3.19 Logeerhuis bij ziekenhuisopname 29
3.20 Mantelzorg (vervangend) 29
3.21 Mantelzorgmakelaar/mantelzorgcoach/mantelzorgcursus 29
3.22 Orthodontie 30
3.23 Orthoptie 31
3.24 Overgangsconsulent 31
3.25 Pedicure bij diabetes of reuma 31
3.26 Plakstrips voor mammaprothese 32
3.27 Plastische chirurgie 32
3.28 Plaswekker of trilhorloge 33
3.29 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie 33
3.30 Refertilisatie 33
3.31 Reiskosten ziekenbezoek aan verzekerde 34
3.32 Sterilisatie 34
3.33 Steunzolen of therapeutische zolen 35
3.34 Stottertherapie 35
3.35 Therapeutische kampen 35
3.36 Verloskundige zorg en kraamzorg 36
3.37 Wondverzorging 36

Naar inhoud

3.38 Ziekenvervoer binnen Nederland 37

4. Omvang van de dekking Preventie 38
4.1 Beweegprogramma's 38
4.2 Mindfulness en ACT (Acceptance and Commitment Therapy) 38
4.3 Preventieve cursussen 39
4.4 Preventieve geneeskunde 39
4.5 Slaapcoaching 41
4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten 41
4.7 Diensten via de Zorg voor jezelf app 42
4.8 Lidmaatschap wandelbond KWbN 45

5. Omvang van de dekking Tandarts 46
5.1 Tandheelkundige behandelingen 46

6. Modules 49
6.1 Ongevallendekking Fysio & Tand 49

7. Algemene voorwaarden 53
7.1 Uitsluitingen 53
7.2 Algemeen 53
7.3 Premie 55
7.4 Premiebetaling en betalingsachterstand 55
7.5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde 56
7.6 Declaraties en onderbreking van de dekking 57
7.7 Regres 58
7.8 Fraude 58
7.9 Kennisgeving relevante gebeurtenissen 59
7.10 Herziening van premie of voorwaarden 60
7.11 Duur van de verzekering 60
7.12 Heroverweging en klacht 61
7.13 Bepalingen in verband met collectiviteit 62
7.14 Clausule terrorismedekking 63

8. Contactgegevens 64

1. Begripsomschrijvingen

Wat bedoelen we met?

Aanvullende zorgverzekering
De aanvullende verzekering vormt een vrijwillige aanvulling op de dekking van ziektekosten die de op grond van de Zorgverzekeringswet verplichte basisverzekering biedt.

Alternatief genezer
Een in Nederland gevestigde alternatief genezer, op een bepaald gebied algemeen erkend, als zodanig praktiserend en lid van een beroepsvereniging.

Apotheek
Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende
De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Basisverzekering
Een bij een verzekeraar afgesloten zorgverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet.

Bedrijfsarts
Een arts die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC).

Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Bekkenoefentherapeut
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als bekkenoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

DBC-zorgproduct
Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Diëtist
Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ergotherapeut
Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU– en EER–staat
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg
De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude
Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

G-standaard
Een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden van zorgproducten ondersteunt. De databank bevat hiervoor relevante gegevens over zorgproducten die in Nederland verkrijgbaar zijn bij apotheken en zorginstellingen.

Gecertificeerd echoscopist
Een echoscopist die is gecertificeerd voor de uitvoering van de combinatietest. Deze echoscopisten staan in het Peridos register. Zie: www.peridos.nl/zoek-zorgverlener.

Gecontracteerde zorg
Die zorg die de zorgaanbieder, op basis van een tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst, mag verlenen dan wel voor vergoeding in aanmerking komt.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)
De GGD richt zich vooral op preventie: voorkomen van ziekten en bevorderen van gezond gedrag in een gezonde leefomgeving.

Geneesmiddel
Een stof of samenstel van stoffen die bestemd is om te worden toegediend of aangewend of gepresenteerd voor:
- het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;
- het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of
- het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van functies bij de mens.

Geregistreerd-mondhygiënist
De geregistreerd-mondhygiënist mag bepaalde voorbehouden behandelingen uitvoeren zoals zelfstandig verdoven, röntgenfoto's maken en eerste gaatjes vullen.

Geriatrisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Geriatrisch oefentherapeut
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als geriatrisch oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huidtherapeut
Een huidtherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici en tevens voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts
Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Hulpmiddelen
De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, als mede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg
Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Kinderoefentherapeut
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraamcentrum
Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan de door de wet vastgestelde eisen.

Kraamhotel
Een instelling waar de verzekerde kan bevallen en/of (een deel van) de kraamtijd kan doorbrengen.

Kraamverzorgende
Geschoolde hulp voor een thuis verblijvende kraamvrouw.

Kraamzorg
De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en – voor zover van toepassing – de huishouding verzorgt.

Mantelzorger
Een persoon die onbetaald en niet in het kader van een hulpverlenend beroep zorg verleent aan een hulpbehoevende in diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Marktconform tarief
De kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Medisch adviseur
Een medisch adviseur kan een adviserend fysiotherapeut, een adviserend verpleegkundige of een adviserend geneeskundige zijn. De adviserend geneeskundige staat ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het Specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) of is ingeschreven als arts Beleid en Advies KNMG in het door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ingestelde Profielregister en is als zodanig werkzaam bij een zorgverzekeraar. De adviserend geneeskundige is vindbaar in het BIG-register onder het beroep arts, met of zonder vermelding van het specialisme.

Medisch specialist
Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist
Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

NZa
De Nederlandse Zorgautoriteit. Houdt zich bezig met regulering, toezicht en uitvoering van de zorg en stelt voor een deel van de zorg tarieven vast.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is geregistreerd als oedeemtherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck
Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval
Een plotseling en onverwacht, van buitenaf op het lichaam van de verzekerde inwerkend geweld, waaruit rechtstreeks en zonder medewerking van andere oorzaken, medisch vast te stellen letsel ontstaat.

Opname
Opname van 24 uur of langer in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist
Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthoptist
Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Pedicure
Een pedicure die met de aantekening voor diabetes, reuma of medisch pedicure geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of een registratie heeft bij Stipezo in het P-R register niveau A of B (zie stipezo.nl/register), of een medisch pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Kabiz Medisch Voetzorgverleners (KMV).

Podoloog
Een in Nederland gevestigde podoloog die is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie).

Podoposturaal therapeut
Een in Nederland gevestigde podoposturaal therapeut die als A-therapeut is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie) en kwaliteitsgeregistreerd bij KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg).

Podotherapeut
Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als podotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

PreMeo Thuisvaccinatie
PreMeo Thuisvaccinatie is een LCR-erkend landelijk werkend vaccinatiecentrum voor reisvaccinaties aan huis door BIG-geregistreerde artsen.

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck
Een oefentherapeut Cesar en Mensendieck die staat ingeschreven in het register psychosomatische oefentherapeuten van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en tevens als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici met de verbijzondering Psychosomatische oefentherapeut.

Registerpodoloog
Een in Nederland gevestigde registerpodoloog die is aangesloten bij de Stichting LOOP (Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie) en kwaliteitsgeregistreerd bij KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroeps-beoefenaren in de Zorg).

Schoonheidsspecialist
Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met een registratie in het SKIN register met (wanneer vereist) de juiste aantekening in het aantekeningenregister.

SOS International
Organisatie die 24/7 hulp biedt aan verzekerden voor spoedeisende zorg in het buitenland. U kunt online medische hulp vragen via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig/. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende zorg
Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.

Tandarts
Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus
Een tandprotheticus, die is opgeleid volgens het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf
Verblijf in het buitenland gedurende maximaal 12 maanden. Bij opname in een ziekenhuis wordt de termijn tijdens de opname verlengd tot maximaal 365 dagen gerekend vanaf de dag van opname.

Verdragsland
Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten of Zwitserland, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Montenegro, Noord-Macedonië, Servië, Tunesië, Turkije en Verenigd Koninkrijk.

Verloskundige
Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundige
Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing
Het advies van een zorgaanbieder aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgaanbieder. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijzing staat minimaal: NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde, naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijzing is tot 1 jaar (bij GGZ 9 maanden) na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde
Een ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

VVOC
Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten. Kostverloren 7, 3863 BA Nijkerk. Vvoc.nl.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz
Wet langdurige zorg.

Wtza
Wet toetreding zorgaanbieders. Per 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden. De zorgaanbieder heeft in het verlengde daarvan een meldplicht, vergunningplicht en de verplichting van intern toezicht.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)
Een in Nederland gevestigd centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig volgens de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis
Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgaanbieder
Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener die in het bezit is van een WTZa toelating.

Zorgverlener
Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar
ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV, ook te noemen wij of de zorgverzekeraar.
ASR Basis Ziektekostenverzekeringen NV (KvK 32110828) en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen NV (KvK 32110823), gevestigd aan de Archimedeslaan 10 te Utrecht staan onder toezicht van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en zijn geregistreerd onder de AFM-nummers 12001028 en 12001029.

2. Wijze van uitvoering

Woonland
Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgaanbieder. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgaanbieder. Uitzondering hierop vindt u terug in artikel 3.6 Buitenland (medische zorg).

Vergoeding vindt plaats tot het maximale tarief zoals genoemd in onderstaand artikel "Maximale vergoeding". De nadere voorwaarden van de desbetreffende artikelen blijven van kracht.

Aanvullend op de basisverzekering
Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een basisverzekering. Mogelijke vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is pas van toepassing wanneer de basisverzekering niet of deels niet vergoedt. Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet aanvullend uitgekeerd op deze aanvullende verzekering.

Maximale vergoeding
De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.
- Diëtetiek, ergotherapie en pedicure bij diabetes of reuma bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit is het gemiddelde bedrag dat wij betalen voor uw behandeling als u naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.
- Fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit is het gemiddelde bedrag dat wij betalen voor uw behandeling als u naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.

Medische grondslag
De aanspraak op vergoeding van kosten op deze aanvullende verzekering wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt medebepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

Overname incasso zorgaanbieder
Als a.s.r. meer vergoedt aan de zorgaanbieder dan gedekt is op deze aanvullende verzekering, dan vorderen wij het teveel betaalde bij u terug. Wij nemen de incasso dan van uw zorgaanbieder over.

Wijziging van de aanvullende verzekering
Indien verzekerde een lopende aanvullende verzekering heeft gewijzigd, tellen de ontvangen vergoedingen mee voor de nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

Voorwaarden
Tenzij anders vermeld, dient verzekerde aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden te voldoen alvorens in aanmerking te komen voor een vergoeding.

3. Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 150 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 350 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Wij vergoeden gezichtszorg wanneer er sprake is van acné in uw gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie en lokalisatie het gaat.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

3.2 Allergeenvrije hoezen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Vergoeding geldt voor 1 set hoezen voor 1 bed. Een set bestaat uit matrashoes, dekbedhoes en een kussenhoes.
- U heeft een schriftelijke toelichting van een arts, met de uitslag van een allergietest. Uit de test blijkt dat u last heeft van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de laatste verstrekking.

3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 100 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar, maximaal € 45 per dag

Voorwaarden:
- Het maximaal verzekerd bedrag is voor alle consulten en behandelingen van alternatief genezers of therapeuten tezamen.
- Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van alternatieve genezers of therapeuten die aangesloten zijn bij een door ons erkende beroepsvereniging.

- Acupunctuur: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), International Free University (IFU), Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI (NBCG YI), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Wetenschappelijke Artsen Vereniging voor Acupunctuur in Nederland (WAVAN), Belangen Associatie Thera- peut en Consument (BATC), Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT), Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG), Platform complementaire gezondheidszorg (Platform CGZ) of Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG).
- Antroposofie: Behandelaar is een antroposofisch arts die is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen. Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
  - Dieettherapie, euritmie, kunstzinnige therapie, psychische hulpverlening, uitwendige therapie, heilpedagogie, spraaktherapie, meridiaantherapie, kleurentherapie, chirofonetiek en badtherapie
- Chiropractie: Behandelaar is aangesloten bij de beroepsvereniging Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of Stichting Nationaal Register van Chiropractoren (SNRC).
- Flebologie: Behandelaar is een zelfstandig gevestigd arts. Wij vergoeden geen:
  - Behandelingen door een niet-arts.
- Haptotherapie/Haptonomie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH) of Platform complementaire gezondheidszorg (Platform CGZ).
- Kindertherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Integraal Therapeuten (VIT).
- Klassieke homeopathie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde (AVIG), Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT) of Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG). Vergoeding van reguliere consulten en behandelingen.
- Musculoskeletale Geneeskunde (voorheen (Ortho)manuele geneeskunde): Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Register Artsen Musculoskeletale Geneeskunde (RAMG) of Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT).
- Natuurgeneeskunde: Behandelaar is een BIG-geregistreerd arts. Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen. Wij vergoeden geen:
  - Massagetherapie.
- Orthomoleculaire geneeskunde: Behandelaar is een orthomoleculair arts of de behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG) of Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT). Wij vergoeden reguliere consulten en behandelingen. Wij vergoeden geen:
  - Kinesiologie.
- Osteopathie: Behandelaar is ingeschreven bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) of de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).
- Reflexzonetherapie: Behandelaar is aangesloten bij beroepsvereniging Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT), Bond van Europese Reflexologen afdeling Nederland (BER), Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT), Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) of Platform complementaire gezondheidszorg (Platform CGZ).
- Shiatsutherapie: Behandelaar is aangesloten bij Shiatsu Vereniging Nederland, Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen Yi (NBCG YI), Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP), Belangen Associatie Therapeut en Consument (BATC), Landelijke Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (LVNT), Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) of Platform complementaire gezondheidszorg (Platform CGZ).

- Wij vergoeden geen:
  - Laboratoriumkosten die zijn aangevraagd door een alternatief genezer.
  - Alternatieve geneesmiddelen. Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneesmiddelen zie artikel 3.13 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen).
  - Telefonische consulten
  - Consulten en behandelingen door behandelaren met een studentlidmaatschap of door aspirant-leden.

3.4 Begeleiding en nazorg bij kanker

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Beweegprogramma
Voorwaarden:
- U doet mee aan een beweegprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een bedrijfsarts of medisch specialist.
- Het programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden dient te worden is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Coaching rondom kanker
Voorwaarden:
- Vergoeding geldt voor de kosten van een coach die u via 'Coaching rondom kanker' heeft gekregen.
- Meer informatie vindt u op coachconnectbijkanker.nl. Het telefoonnummer is (085) 401 94 37. Geef hierbij aan dat u verzekerd bent bij ons.

Oncologische sportprogramma's
Voorwaarden:
- Vergoeding geldt voor deelname aan een oncologisch sportprogramma via de programma's OncoNet, Cyto fys of Stichting Tegenkracht.

Toelichting
- De kosten voor een eventueel benodigd sportmedisch onderzoek worden niet betaald vanuit 'Begeleiding en nazorg bij kanker'. Als u de Aanvulling Uitgebreid of Aanvulling Optimaal heeft afgesloten kan wel een vergoeding plaats vinden vanuit artikel 4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten.

3.5 Brillen of contactlenzen

Brillen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 150 per 2 kalenderjaren
Uitgebreid	Maximaal € 200 per 2 kalenderjaren

Voorwaarden:
- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën bij één van de ogen, ook bij alleen een montuur.
- U heeft recht op vergoeding tot het maximale bedrag bij levering van één bril of één montuur of één paar brillenglazen per 2 kalenderjaren.
- Wij vergoeden geen:
  - Bril, brillenglazen of montuur als in hetzelfde kalenderjaar al lenzen door ons zijn vergoed.
  - Bril, brillenglazen of montuur als u in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen of montuur een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.
  - U mag een bril ook in een ander EU, EER en/of verdragsland aanschaffen. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

Toelichting:
- De 2 kalenderjaren gaan in op de leverdatum van de brillenglazen, bril of montuur.

Voorbeeld 1: De eerste bril is geleverd op 28 juni 2025. De tweede bril is geleverd op 22 maart 2027. Wel vergoeding voor de tweede bril.

Voorbeeld 2: De eerste bril is geleverd op 12 september 2025 De tweede bril is geleverd op 20 december 2026. Geen vergoeding voor de tweede bril. Vanaf 1 januari 2027 vergoeden wij weer een nieuwe bril.

- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
  - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2.0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
  - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch – 2.0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)
  - Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocusbrillen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)

Tip: Wilt u naar een optiekwinkel met een erkend kwalitatief keurmerk? Zoek dan via nuvo.nl/ledenzoeker/ naar een optiekbedrijf met een NUVO-keurmerk.

Lenzen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 75 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 100 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vanaf 1,5 of meer dioptrieën per oog.
  - Wij vergoeden geen:
  - Lenzen als u in hetzelfde of voorgaande kalenderjaar voor de leverdatum al een bril, brillenglazen of montuur van ons vergoed hebt gekregen.
  - Lenzen als u in de 60 maanden voor de aanschaf van de lenzen een laserbehandeling of lensimplantatie hebt ondergaan, die door ons is vergoed.
  - U mag de lenzen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland aanschaffen. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

Toelichting:
- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
  - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -2.0 = -2,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,5 dioptrieën)
  - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch – 2.0 = -2,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +2,0 = +2,0 dioptrieën)
  - Als door middel van de sferische en cilindrische waarde niet aan de dioptrie-eis wordt voldaan kan bij meerfocuslenzen de additionele waarde worden meegenomen in de berekening. Deze wordt alleen bij de sferische waarde opgeteld. (bv. sferisch +0,5, cilindrisch +0,5 en additie +1,0 = +1,5 dioptrieën)
- Wilt u naar een optiekwinkel met een erkend kwalitatief keurmerk? Zoek dan via nuvo.nl/ledenzoeker/ naar een optiekbedrijf met een NUVO-keurmerk.

3.6 Buitenland (medische zorg)

Algemeen:
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Geplande zorg in het buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
- Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5 Brillen of contactlenzen);
- Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.11 Ergotherapie);
- Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.14 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening);
- Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.22 Orthodontie).
  - Neem in geval van spoedeisende zorg voor advies en bemiddeling contact op met onze alarmcentrale SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75 (24 uur per dag bereikbaar).
  - Wij vergoeden geen:
    - Eigen risico.

Voor meer informatie over zorg in het buitenland zie asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/buitenland.

Voorwaarden:
- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de declaratie in behandeling neemt. Wij maken gebruik van de koers volgens oanda.com.
- Voor het bepalen van de hoogte van een vergoeding ontvangen wij de informatie waaruit blijkt welke zorg geleverd is. Wij vertalen de documentatie. Als het ons niet lukt om de documenten goed te vertalen, dan verzoeken wij u om de documenten te laten vertalen door uw behandelaar in het buitenland naar het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als uw behandelaar in het buitenland de documentatie niet in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans kan aanleveren bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Anders kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen.

Niet spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland (woonachtig in het land waar de zorg is genoten)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
Extra	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
Uitgebreid	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering

Voorwaarden:
- U woont in een EU, EER of verdragsland.
- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgaanbieder die in hetzelfde land is gevestigd.
- De deskundigheid van de zorgaanbieders is vergelijkbaar met de zorgaanbieders in Nederland.

Toelichting:
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.

- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Geplande zorg in het buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
  - Brillen of contactlenzen (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.5 Brillen of contactlenzen);
  - Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.11 Ergotherapie);
  - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.14 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening);
  - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.22 Orthodontie).

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 150 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland.

Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100% vervoer naar een instelling in het woonland
Extra	100% vervoer naar een instelling in het woonland
Uitgebreid	100% vervoer naar een instelling in het woonland

Voorwaarden:
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- SOS International beoordeelt of er sprake is van een medisch noodzakelijke repatriëring waarbij de behandeling in een Nederlandse instelling voortgezet moet worden.
- U heeft een verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat vervoer en medische begeleiding nodig is.
- Vervoer per ambulancevliegtuig vergoeden wij alleen als het nodig is voor het redden van uw leven of verminderen of voorkomen van invaliditeit.

Toelichting:
- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

Vervoer van de overledene, begrafenis of crematie ter plaatse

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 10.000
Extra	Maximaal € 10.000
Uitgebreid	Maximaal € 10.000

Voorwaarden:
- Nabestaanden moeten direct contact opnemen met SOS International: +31 (0)30 257 35 75.
- Het lichaam van de overledene wordt vervoerd naar zijn of haar woonplaats.
- Wij vergoeden geen:
  - Hulpverlening en kosten als een medische behandeling het doel van de reis was.

Toelichting:
- De kosten van de kist die noodzakelijk is voor het vervoer zijn inbegrepen.
- Er kan ook gekozen worden voor vergoeding van de begrafenis of crematie ter plaatse.

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Toelichting:

- SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. U kunt online medische reishulp vragen via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig/. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

3.7 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 150 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent
Extra	Maximaal € 250 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent
Uitgebreid	Maximaal € 350 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent

Voorwaarden:
- Vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota de locatie van de huidafwijking te vermelden. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die de aantekening voor camouflage heeft.
- Vergoeding die al in het verleden in een ander verzekeringsjaar door ons is verleend op deze of op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht. Ook wanneer dit niet direct voorafgaand aan het huidige verzekeringsjaar is geweest.
- Wij vergoeden geen:
  - Camouflerende lasertherapie.
  - Camouflagelessen/camouflagetherapie als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

3.8 Diëtetiek

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal 2 uur per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding vanaf het 4e behandeluur voor voorlichting en advies over uw eetgewoonten door een diëtist.
- De eerste 3 behandeluren worden vergoed op uw basisverzekering. Hierbij is bij een niet gecontracteerde diëtist een verklaring van uw arts nodig. Deze uren vallen (vanaf 18 jaar en ouder) onder uw eigen risico.
- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Wanneer u naar een niet-gecontracteerde diëtist gaat, kunnen wij u om een verklaring vragen waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de diëtist onder behandeling bent. Deze verklaring moet afkomstig zijn van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist of van de behandelend diëtist zelf wanneer sprake is van Directe Toegang Diëtetiek (DTD). Uit de verklaring moet blijken welke indicatie ten grondslag ligt aan de behandeling en dat de zorg een geneeskundig doel heeft.

Toelichting:

U heeft ook recht op **maximaal 4 digitale afspraken** diëtist per kalenderjaar via de Zorg voor jezefl app. Zie hiervoor artikel 4.7 Diensten via de Zorg voor jezelf app

3.9 Eczeembehandeling

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor een lichtcabine thuis

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing van uw behandelend medisch specialist.
- Er is sprake van door de medisch specialist vastgesteld ernstig eczeem.
- De lichtcabine moet u vooraf bij ons aanvragen.

3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 150 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 350 per kalenderjaar

Voorwaarden reguliere epilatie:
- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist die de aantekening voor elektrisch ontharen en/of ontharingstechnieken/ontharen met licht heeft.

Voorwaarden laserbehandeling:
- Bij overmatige haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie het gaat, met lokalisatie en mate van uitgebreidheid. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De behandelingen worden uitgevoerd door een arts, huidtherapeut of schoonheidsspecialist (deze moet in opdracht/onder toezicht van een huidtherapeut werken).

3.11 Ergotherapie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Vergoeding vanaf het 11e behandeluur voor advies, instructie, training of behandeling door een erkend ergotherapeut in zijn praktijk of bij u thuis.
- Het doel is uw zelfzorg en zelfredzaamheid te vergroten.
- De eerste 10 behandeluren worden vergoed op uw basisverzekering. Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan het eigen risico van toepassing zijn.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.12 Extra kinderopvang bij opname ouders

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	€ 15 per dag, maximaal € 450 per kalenderjaar voor een gezin met kinderen tot en met 12 jaar

Voorwaarden:
- Bij een ziekenhuisopname van één van de ouders of verzorgers, die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden de extra kinderopvang die nodig is vanwege de opname van één van de ouders.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een kinderdagverblijf.
- Wij ontvangen een originele nota met daarop het KvK-nummer van het kinderdagverblijf.
- Wij vergoeden geen:
  - Reguliere kinderopvang.
  - Kinderopvang door familie, vrienden of andere vormen van kinderopvang.

3.13 Farmaceutische zorg (genees- en anticonceptiemiddelen)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 50 per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen en anticonceptie tezamen
Extra	Maximaal € 150 per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen en anticonceptie tezamen
Uitgebreid	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor alternatieve geneesmiddelen en anticonceptie tezamen

Voorwaarden:
- Vergoeding voor:
  - Alternatieve geneesmiddelen. De alternatieve geneesmiddelen hebben een registratie 'homeopathisch' of 'antroposofisch' in G-Standaard van Z-Index. De registratie van een geneesmiddel kunt u navragen bij uw apotheek. Voor meer informatie over Z-Index zie: z-index.nl/g-standaard.
  - Anticonceptie
    - Anticonceptie vanaf 21 jaar.
    - Alle geneesmiddelen en hulpmiddelen die geregistreerd staan als anticonceptie in de Z-index en zijn opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Voorbeelden zijn de anticonceptiepil, de prikpil of de Nuvaring. De registratie van een geneesmiddel kunt u navragen bij uw apotheek. Voor meer informatie over Z-Index zie: z-index.nl/g-standaard.
    - De aanschafkosten van een anticonceptiespiraaltje (IUD) als deze gekocht wordt bij een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- Wij vergoeden geen:
  - Niet-geneesmiddelen
  - Voeding en voedingssupplementen
  - Vitaminen
  - Experimentele geneesmiddelen
  - Kosten voor het plaatsen van een anticonceptiespiraaltje (IUD), deze kosten vallen onder uw basisverzekering.

Toelichting:
- Zie voor de vergoeding van geneesmiddelen medicijnkosten.nl. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kunt u contact opnemen met de afdeling Zorg Declaraties op (030) 278 36 30.

3.14 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	9 behandelingen per kalenderjaar
Extra	15 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 12 behandelingen manuele therapie
Uitgebreid	21 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 12 behandelingen manuele therapie

Voorwaarden:

- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een (kinder-) fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) (kinder) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkenfysiotherapeut, bekkenoefentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, geriatrisch fysiotherapeut of geriatrisch oefentherapeut.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Littekentherapie en oedeemtherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut.
- Screening telt niet mee voor het aantal behandelingen.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.
- Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Toelichting:
- U heeft ook recht op maximaal **6 extra digitale afspraken** per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app. Zie hiervoor artikel 4.7 Diensten via de Zorg voor jezelf app.
- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan het eigen risico van toepassing zijn.
- Manuele therapie die wordt gegeven door een alternatief genezer of alternatief therapeut vergoeden wij volgens artikel 3.3 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling).

3.15 Herstellingsoord en hospice

Herstellingsoord

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	75% maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing van de behandelend arts.
- Het herstellingsoord voor somatische ziekten moet in Nederland zijn gevestigd.
- Het verblijf in een herstellingsoord moet aansluiten op een opname in een ziekenhuis.
- De vergoeding geldt voor de kosten van het verblijf in een herstellingsoord of een hospice tezamen.

Hospice

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	75% maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Het hospice moet in Nederland zijn gevestigd.
- De vergoeding geldt voor de kosten van het verblijf in een herstellingsoord of een hospice tezamen.

3.16 Hulpmiddelen

Wettelijke eigen bijdrage voor orthopedische schoenen, allergeenvrije schoenen, hoortoestellen, brillenglazen en contactlenzen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 50 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 400 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Het maximum verzekerde bedrag is voor alle verstrekkingen tezamen.
- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in ons Reglement Hulpmiddelen.
- Voor hoortoestellen vergoeden wij alleen de wettelijke eigen bijdrage uit de categorie waarvoor u in aanmerking komt volgens het Keuzeprotocol Hoorzorg.

Toelichting:
- Met wettelijke eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen.

Het Keuzeprotocol Hoorzorg kunt u vinden op: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Gehoorbescherming

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	75% tot maximaal € 30 per twee kalenderjaren
Extra	75% tot maximaal € 60 per twee kalenderjaren
Uitgebreid	75% tot maximaal € 90 per twee kalenderjaren

Voorwaarden:
- De gehoorbescherming moet aangeschaft zijn via Pluggerz.

- De vergoeding geldt alleen voor de volgende Custom Fit oordoppen van Pluggerz.
  - Music, Music Premium, Music 2-in-1
  - Road, Road Premium
  - Water
  - Travel
  - Sleep, Sleep Side Sleeper
  - Quiet, Quiet 2-in-1
  - Pro, Pro Premium, Pro detec
- De oordoppen kunnen worden besteld via shop.pluggerz.com/kortingsactie-asr/
- Naast de vergoeding achteraf, krijgt u met kortingscode ASROORDOP27 20% korting tijdens uw aankoop.

Kosten boven maximale vergoeding voor haarwerken

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Tot 18 jaar 100%. Vanaf 18 jaar maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten boven de maximale vergoeding voor haarwerken op de basisverzekering.

Toelichting:
- Met boven de maximale vergoeding bedoelen wij de kosten die hoger zijn dan de vergoeding uit de basisverzekering.

Kosten van een andere vorm van hoofdbedekking

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 100 per kalenderjaar (Let op: Dit valt onder het totaalbudget genoemd bij 'Kosten boven maximale vergoeding voor haarwerken')

Voorwaarden:
- Vergoeding van de aanschaf van een andere vorm van hoofdbedekking, zoals een bandana, mutssja of hoed.
- U krijgt alleen vergoeding indien sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid die het gevolg is van een medische aandoening of een behandeling van medische aard.
- De hoofdbedekking dient aangeschaft te worden bij een door ons gecontracteerde leverancier die ook pruiken levert.

Kosten van oogdruppelbril, aankleedstok en aangepast bord/bestek/drinkbeker

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten indien u ook wijkverpleging ontvangt.
- Wij vergoeden maximaal 1 oogdruppelbril, 1 aankleedstok en 1 bord, 1 bestekset en 1 drinkbeker per verzekerde per kalenderjaar.
- Wij vergoeden alleen hulpmiddelen die zijn aangeschaft bij Vegro.
- De hulpmiddelen worden ingezet om zorg te voorkomen of de inzet van wijkverpleging te verminderen.

Toelichting:
- Meer informatie vindt u op vegro.nl.

3.17 Kraampakket

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	100%
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- U krijgt van ons een kraampakket voor de bevalling als u op het moment van aanvragen van het pakket zwanger bent en bij ons verzekerd.
- U kunt het kraampakket via kraampakket.nl/asr-kraampakket of via het telefoonnummer (030) 257 22 22 aanvragen.

3.18 Kuurreizen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U heeft de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.
- U heeft vooraf toestemming van ons nodig. Om de aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een verwijzing van een medisch specialist en een offerte van een reisorganisatie nodig.
- De reis wordt georganiseerd door de Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana.
- Wij vergoeden geen:
  - Reiskosten van en naar het vliegveld.

Toelichting:
- Meer informatie vindt u op www.stichtingkuurreizen.nl en fontana-travel.nl.

3.19 Logeerhuis bij ziekenhuisopname

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 250 per verzekerde per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Bij een opname in een Nederlands ziekenhuis.
- Vergoeding van de eigen bijdrage voor ouders of partner bij een Ronald McDonaldhuis of een aan het ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis.
- Het gezinslid dat is opgenomen moet bij ons verzekerd zijn.

3.20 Mantelzorg (vervangend)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 600 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
Extra	Maximaal € 900 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
Uitgebreid	Maximaal € 1.800 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft

Voorwaarden:
- De zorg wordt uitgevoerd door een door ons erkende of gecontracteerde landelijk werkende organisatie voor mantelzorg. Deze organisaties kunt u vinden via asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/vergoedingen door te zoeken op 'vervangende mantelzorg' of door deze bij ons op te vragen.
- U bent mantelzorger als u meer dan 8 uur per week en langer dan 3 maanden mantelzorg verleent.
- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de verzekerde die zorg nodig heeft als de vaste mantelzorgers afwezig zijn.
- Zowel de vaste mantelzorger als de verzekerde die zorg nodig heeft kunnen aanspraak maken op deze dekking.
- Vergoeding geldt per verzekerde die zorg nodig heeft eenmalig per kalenderjaar.

3.21 Mantelzorgmakelaar/mantelzorgcoach/mantelzorgcursus

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen
Extra	Maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen
Uitgebreid	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen

Voorwaarden:
- De mantelzorgmakelaar moet aangesloten zijn bij Beroepsvereniging Mantelzorgmakelaars (BMZM).
- De mantelzorgmakelaar beoordeelt of u recht heeft op de zorg. U kunt zelf contact opnemen met een mantelzorgmakelaar. Via bmzm.nl/zoek-mantelzorgmakelaar vindt u gemakkelijk een mantelzorgmakelaar bij u in de buurt.
- De mantelzorgcoaching en/of cursus moet worden gegeven door:
  - een thuiszorgorganisatie;
  - een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
  - een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
  - het mantelsteunpunt van uw gemeente;
  - een organisatie voor mantelzorgondersteuning die is aangesloten bij MantelzorgNL (mantelzorg.nl).

Toelichting:
- Als uw mantelzorgtaken het werk in de weg gaan staan, kunt u samen met een mantelzorgondersteuner oplossingen zoeken. Een mantelzorgmakelaar kan ondersteunen bij specifieke mantelzorgvragen.
- Voor meer informatie over mantelzorg en de mantelzorgmakelaar kunt u kijken op bmzm.nl.

3.22 Orthodontie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Tot 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u voor orthodontie bij a.s.r. verzekerd bent. In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Deze vergoeding telt mee voor het maximumbedrag.
Uitgebreid	Tot 18 jaar 80% maximaal € 2.000 gedurende de tijd die u voor orthodontie bij a.s.r. verzekerd bent. Vanaf 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u voor orthodontie bij a.s.r. verzekerd bent. In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Deze vergoeding telt mee voor het maximumbedrag.

Voorwaarden:
- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Vanaf het tweede jaar kunt u de rest van het verzekerd bedrag aanspreken. Voor het vaststellen van de vergoeding, is de behandeldatum bepalend.
- Vergoeding die al in het verleden in een ander verzekeringsjaar door ons is verleend op deze of op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht. Ook wanneer dit niet direct voorafgaand aan het huidige verzekeringsjaar is geweest.
- Als u direct voorafgaand aan het huidige verzekeringsjaar bij ons verzekerd was met een aanvullende verzekering waarbij in het eerste jaar maximaal € 500,- voor orthodontie werd vergoed, dan geldt dat maximum voor het eerste jaar niet opnieuw.
- Botankers geplaatst door een kaakchirurg vallen ook onder de vergoeding van orthodontie.
- Als u 18 jaar wordt gedurende de behandeling wordt de vergoeding die is verleend voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd op de vergoeding daarna in mindering gebracht.
- Orthodontie mag ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.23 Orthoptie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

3.24 Overgangsconsulent

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij a.s.r. verzekerd bent

Voorwaarden:
- De behandeling wordt uitgevoerd door een overgangsconsulent die aangesloten is bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOC) of Care for Women.
- Wij vergoeden geen:
  - Overgangsconsulent als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

Toelichting:
- Een overgangsconsulent is een verpleegkundige die gespecialiseerd is in alles wat te maken heeft met de overgang. Zie voor meer informatie careforwomen.nl.

3.25 Pedicure bij diabetes of reuma

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 100 per kalenderjaar
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Als u naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- U heeft diabetes of reuma.
- U wordt behandeld door een pedicure.

- Wij vergoeden geen:
  - Verwijdering van eelt om cosmetische- of verzorgende redenen.
  - Algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels, om ingroeien te voorkomen.
  - Pedicure bij artrose.

Toelichting:
- Pedicure zorg in verband met diabetes is ingedeeld in Sims classificaties. Vergoeding is voor Sims 0 of 1. Voor behandeling in verband met diabetes moet uw Sims classificatie op de nota vermeld staan. Vanaf Sims 2 moet de voetzorg gedeclareerd worden door een podotherapeut. Deze behandeling vergoeden wij vanuit de basisverzekering. Daarnaast worden extra noodzakelijke pedicurebehandelingen vanuit de aanvullende verzekering vergoed.

3.26 Plakstrips voor mammaprothese

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- U heeft van ons of een vorige zorgverzekeraar een vergoeding gekregen voor een mammaprothese.

3.27 Plastische chirurgie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Flapoorcorrectie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:
- Vergoeding voor een flapoorcorrectie.
- De behandeling wordt niet op uw basisverzekering vergoed.
- U wordt behandeld door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Toelichting:
- Een flapoorcorrectie is niet-gecontracteerde zorg. Het kan hierbij voorkomen dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U kunt een indicatie van de vergoeding bij ons opvragen.
- Wij vergoeden tot maximaal het marktconforme tarief. Voor meer informatie verwijzen wij u naar artikel 2 Wijze van uitvoering van deze polisvoorwaarden.

3.28 Plaswekker of trilhorloge

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Eenmalig de aanschaf van een plaswekker of trilhorloge of maximaal 3 maanden huur van een plaswekker
Uitgebreid	Eenmalig de aanschaf van een plaswekker of trilhorloge of maximaal 3 maanden huur van een plaswekker

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts.
- Wij vergoeden geen:
  - Vervanging van de batterijen.

3.29 Podotherapie/Podologie/Podoposturale therapie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 100 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U wordt behandeld door een podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut.
- Wij vergoeden alleen behandelingen en consulten.
- Wij vergoeden geen:
  - Verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het knippen van teennagels.
  - Siliconenorthese, nagelbeugel en laterale wig.

3.30 Refertilisatie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Refertilisatie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:
- Vergoeding voor het ongedaan maken van een sterilisatie.
- U wordt behandeld in een ziekenhuis of ZBC.

Toelichting:
- Refertilisatie krijgt u uitsluitend vergoed, als u op het moment van uw eerste bezoek hiervoor bij een medisch specialist, al op deze aanvullende verzekering verzekerd was.

- Refertilisatie is niet-gecontracteerde zorg. Het kan hierbij voorkomen dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U kunt een indicatie van de vergoeding bij ons opvragen.
- Wij vergoeden tot maximaal het marktconforme tarief. Voor meer informatie verwijzen wij u naar artikel 2 Wijze van uitvoering van deze polisvoorwaarden.

3.31 Reiskosten ziekenbezoek aan verzekerde

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	€ 0,32 per kilometer vanaf de 15e opnamedag, tot maximaal € 500 per kalenderjaar
Uitgebreid	€ 0,32 per kilometer vanaf de 15e opnamedag, tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- De dekking geldt voor het gezinslid dat is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- Vergoeding op Aanvulling Extra of Aanvulling Uitgebreid gaat in vanaf de 15e opnamedag bij een aaneengesloten opname van langer dan 2 weken.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden geen:
  - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

3.32 Sterilisatie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Sterilisatie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:
- U wordt behandeld in een ziekenhuis, ZBC of door een huisarts.

Toelichting:
- Een sterilisatie krijgt u uitsluitend vergoed, als u op het moment van uw eerste bezoek hiervoor bij een medisch specialist, al op deze aanvullende verzekering verzekerd was.
- Een sterilisatie is niet-gecontracteerde zorg. Het kan hierbij voorkomen dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U kunt een indicatie van de vergoeding bij ons opvragen.
- Wij vergoeden tot maximaal het marktconforme tarief. Voor meer informatie verwijzen wij u naar artikel 2 Wijze van uitvoering van deze polisvoorwaarden.

3.33 Steunzolen of therapeutische zolen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 50 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 100 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 150 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts, podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut.
- U krijgt de steunzolen of therapeutische zolen geleverd door een orthopedisch schoenmaker, podotherapeut, registerpodoloog of podoposturaal therapeut.
- Wij vergoeden geen:
  - Levering via internet.

3.34 Stottertherapie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 500 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding voor Del Ferro-methode, de Hausdorfer-methode, het McGuire-programma of de BOMA-methode.
- Wij vergoeden geen:
  - Kosten van verblijf.

3.35 Therapeutische kampen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 250 eenmaal per 12 maanden
Extra	Eenmaal per 12 maanden
Uitgebreid	Eenmaal per 12 maanden

Voorwaarden:
- U heeft astma, een oncologische aandoening of diabetes en bent jonger dan 21 jaar.
- Vergoeding voor deelnamekosten van verblijf in een astmakamp, oncologisch kamp of diabeteskamp in Nederland.
- Georganiseerd door:
  - Stichting Heppie
  - Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen
  - Diabetes Vereniging Nederland

3.36 Verloskundige zorg en kraamzorg

Bevalling poliklinisch (eigen bijdrage en boven maximale vergoeding)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 250 per kalenderjaar
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- De vergoedingen gelden alleen voor de verzekerde die is bevallen.

Toelichting:
- Met eigen bijdrage en boven maximale vergoeding bedoelen wij de kosten die u volgens de voorwaarden van de basisverzekering zelf moet betalen.
- Met 'bevalling poliklinisch' bedoelen wij een bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak.

Kraamzorg (eigen bijdrage)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 125 per kalenderjaar
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- De vergoedingen gelden alleen voor de verzekerde die is bevallen.

Toelichting:
- Met eigen bijdrage bedoelen wij de kosten die u volgens de voorwaarden van de basisverzekering zelf moet betalen.
- Het gaat hierbij om kraamzorg thuis of bij opname in een kraamhotel of ziekenhuis (zonder medische noodzaak).

3.37 Wondverzorging

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Maximaal € 50 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding voor zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.
- De middelen moeten worden geleverd door een apotheekhoudende.

3.38 Ziekenvervoer binnen Nederland

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	100% voor vervoer met een taxi van Transvision 100% voor eigen bijdrage zittend ziekenvervoer € 0,32 per kilometer voor vervoer met eigen auto € 0,32 per kilometer voor vervoer door een niet gecontracteerde taxivervoerder

Voorwaarden:
- Wij vergoeden alleen de kosten van taxi en/of eigen vervoer als u om een medische (lichamelijke) reden niet met het openbaar vervoer kunt reizen. Openbaar vervoer betalen wij niet.
- U heeft een verklaring van uzelf en/of behandelend medisch specialist, waaruit de medische reden blijkt waarom u niet met het openbaar vervoer kunt reizen. De medische reden moet duidelijk omschreven zijn. Deze verklaring moet nog van toepassing zijn op uw huidige situatie.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig. Stuur de verklaring altijd voordat u het vervoer nodig hebt in.
- De behandeling moet op uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Vergoedingen uit de aanvullende verzekering zijn fysiotherapie en oefentherapie, ergotherapie, begeleiding en nazorg bij kanker of herstellingsoord.
- Wij vergoeden ziekenvervoer op basis van de snelst gebruikelijke heen- en terugreis tussen uw woonhuis en de zorginstelling. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.

Toelichting:
- Transvision is een vervoersregisseur die een taxi voor u verzorgt van en naar de zorginstelling. Als u wilt weten of u aanspraak kunt maken op taxivervoer van Transvision, te bereiken via het telefoonnummer 0900 – 33 33 33 0.
- Met de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer bedoelen we de eigen bijdrage voor eigen vervoer, openbaar vervoer en/of taxi-/rolstoelvervoer vanuit de basisverzekering.

4. Omvang van de dekking Preventie

4.1 Beweegprogramma's

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 100 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 200 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- U doet mee aan een beweegprogramma en heeft daarvoor een verwijzing gekregen van een bedrijfsarts of medisch specialist.
- U heeft revalidatie na voormalig hartfalen, Diabetes type 2, COPD in de stadia Gold 1 of 2, osteoporose of een BMI van >30. Voor kinderen geldt de internationale BMI-standaard voor ernstig overgewicht.
- Het programma dient te worden gegeven door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut, die in hun praktijk structureel beweegprogramma's aanbieden. Het programma dat aangeboden wordt is gecertificeerd door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en dient te worden afgestemd op bovenstaande doelgroepen.

Toelichting:
- Het BMI-schema voor kinderen vindt u onder andere op voedingscentrum.nl. Het telefoonnummer is: (070) 306 88 88.

4.2 Mindfulness en ACT (Acceptance and Commitment Therapy)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 100 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 100 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- De mindfulnesstrainer dient te zijn aangesloten bij Vereniging voor Mindfulness (V.V.M) en/of Vereniging mindfulness based trainers in Nederland en Vlaanderen (V.M.B.N).
- De ACT-training dient via SeeTrue ACT-trainingen (mindfulness-trainingen.nl/act) gevonden te worden of de trainer dient aangesloten te zijn bij ACBS BeNe (Association for Contextual Behavioural Science Benelux).
- Voor een training die in het ene kalenderjaar begint en doorloopt in het volgende kalenderjaar wordt eenmaal vergoeding verleend.
- Wij betalen de kosten van één Mindfulness of één ACT-training per kalenderjaar.

Toelichting:
- Meer informatie vindt u op www.verenigingvoormindfulness.nl, vmbn.nl en mindfulness-trainingen.nl/act.

4.3 Preventieve cursussen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Maximaal € 500 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 750 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding voor gezondheidscursussen waarmee wij een reeks van lessen gegeven door een gediplomeerd zorgaanbieder bedoelen. Deze lessen moeten u helpen uw gezondheid of de gezondheid van uw meeverzekerden te verbeteren of u beter leren omgaan met een ziekte. Hieronder vallen de cursussen:
  - Algemene cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging, bijvoorbeeld valpreventie
  - Eerste hulp bij kinderongevallen
  - EHBO
  - Hartproblemen
  - Reanimatie
  - Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew
  - Zelfmanagement lymfoedeem
  - Zwangerschapscursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga.
- 'Hartproblemen' is alleen bedoeld voor mensen met hartproblemen. Deze cursus moet zijn georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- 'Reanimatie' is een basiscursus en moet worden gegeven volgens de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad.
- 'Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew' is alleen bedoeld voor mensen die reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew hebben. Deze cursus moet worden georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorgorganisatie.
- Zelfmanagement lymfoedeem moet worden georganiseerd door een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd.
- De aanbieder van de zwangerschapscursus (w.o. zwangerschapsgym en zwangerschapsyoga) moet zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel voor het beroeps-/bedrijfsmatig aanbieden en geven van deze cursussen. Ze mogen ook gegeven worden door een zorgaanbieder die statuten heeft en gebruik maakt van een internetsite waaruit blijkt dat de cursussen zich richten op aanstaande ouders als voorbereiding op de bevalling. Cursussen na de bevalling worden niet vergoed.

4.4 Preventieve geneeskunde

Preventieve onderzoeken naar hart- en bloedvaten en cholesterol

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- De preventieve onderzoeken worden uitgevoerd door de huisarts.

- Als laboratoriumonderzoeken nodig zijn, dan vallen de kosten hiervan onder uw basisverzekering, hierop kan eigen risico van toepassing zijn.

Preventieve vaccinaties voor griep, hepatitis-B en meningokokken

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	100%
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Vaccinaties worden uitgevoerd door de huisarts of Meditel.

Toelichting:
- Meer informatie vindt u op meditel.nl.

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	100%

Voorwaarden:
- Vergoeding voor vaccinaties en geneesmiddelen die volgens de adviezen van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) ter bescherming of voorkoming van ziektes nodig zijn.

Toelichting:
- De vaccinaties kunnen worden gegeven door de huisarts, de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie.
- De preventieve geneesmiddelen worden via de apotheek geleverd.
- Meer informatie vindt u op:
  - lcr.nl
  - ggdreisvaccinaties.nl
  - meditelopreis.nl
  - thuisvaccinatie.nl

Gezondheidscheck

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
Extra	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
Uitgebreid	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped

Voorwaarden:
- We vergoeden per kalenderjaar 1x de check van BENU of 1x de check van Niped.
- De Persoonlijke gezondheidscheck van Niped vergoeden wij alleen als die via onze Zorg voor jezelf app is uitgevoerd.

Toelichting:
- U kunt een afspraak maken voor de a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck via declacare.nl/maak-afspraak-gezondheidscheck.

4.5 Slaapcoaching

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	75% tot maximaal € 100 per kalenderjaar via Somnox
Extra	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox
Uitgebreid	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox

Voorwaarden:
- Zie somnox.com/nl/vergoedingen/asr/.

4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Geen vergoeding
Extra	Geen vergoeding
Uitgebreid	Voor blessureconsulten en eenmaal per 24 maanden voor sportmedisch onderzoek

Voorwaarden:
- Het sportmedisch onderzoek wordt uitgevoerd door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), Sport Medisch Centrum (SMC) of Sport Medisch Instituut (SMI).
- Zowel SMA, SMC als SMI moeten voldoen aan de onafhankelijke kwaliteitscriteria die zijn vastgesteld door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- De 24 maanden gaan in op de datum van de keuring of het onderzoek.

- Blessure- en herhalingsconsulten, uitgevoerd door een sportarts, kunnen vergoed worden onder de basisverzekering. In dat geval is hierop het eigen risico van toepassing.
- De (beroeps)keuring voor een duiker, piloot, zweefvlieger en ballonvaarder worden niet vergoed.

Toelichting:
- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

4.7 Diensten via de Zorg voor jezelf app

Zoek in de App Store (Apple) of Google Play Store (Android) naar 'Zorg voor jezelf' om de app te downloaden. Voor meer informatie over de app, ga naar asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-voor-jezelf.

Leefstijlprogramma (Jouw leefstijlprogramma)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
Extra	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
Uitgebreid	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U komt niet (direct) in aanmerking voor het 'Jouw leefstijlprogramma' indien:
  - Uw BMI onder 17.5 of boven 45 is.
  - U jonger dan 18 jaar oud bent.
  - U een aandoening als (maar niet noodzakelijk beperkt tot) hartproblemen, kanker of een neurologische ziekte heeft.
  - U insuline afhankelijke diabetes heeft.
- Als minstens één van bovengenoemde voorwaarden op u van toepassing is, wordt u automatisch uitgesloten van deelname. U heeft dan de optie om via een intakegesprek met een diëtist toegang te krijgen tot het programma.

Toelichting:
- Op basis van uw BMI, dieetvoorkeuren (vegan, vegetariër, omnivoor), voedselintoleranties, geslacht, trainingsgewoonte(n), persoonlijke doel (afvallen, aankomen en/of meer bewegen) en medische achtergrond (bijv. astma) wordt een diëtist een dieet- en beweegprogramma van 4 of 8 weken (afhankelijk van uw behoefte) voor u samengesteld.
- U krijgt gedurende het programma dagelijkse menu's met recepturen. Hierbij wordt rekening gehouden met eventuele gluten en/of lactose intoleranties.
- U krijgt gedurende het programma dagelijks oefeningen.
- U houdt wekelijks uw voortgang bij. Indien de voortgang niet naar tevredenheid is, wordt gevraagd of u een gesprek met de diëtist wil plannen.

Diëtist

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Extra	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Uitgebreid	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U kiest zelf hoe u de 4 afspraken wilt inzetten. Het is mogelijk om zowel afspraken bij een diëtist én mental coach te plannen, zo lang het maximum van 4 afspraken tezamen niet wordt overschreden.
- Als u het totaal van 4 afspraken voor het kalenderjaar heeft overschreden, kunnen extra afspraken via de app aangekocht worden.

Toelichting:
- Via de Zorg voor jezelf app, plant u een afspraak in bij de diëtist op een moment dat het u uitkomt. U kunt op het door u gekozen moment (video)bellen met de zorgverlener.
- Afvallen, spiermassa opbouwen of beter leren omgaan met intoleranties. Samen met de diëtist bepaalt u uw persoonlijke doel. De diëtist voorziet u van tips, suggesties en recepten om het door u gekozen doel te behalen.
- De diëtisten van de Zorg voor jezelf app kunnen u helpen met:
  - Intoleranties
  - Allergieën
  - Eten tijdens de zwangerschap
  - Voeding en ouder worden
  - Sportvoeding
  - Afvallen
  - Aankomen
  - Maaltijdplanning
  - Recepten en menu's

Mental coach

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Extra	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Uitgebreid	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U kiest zelf hoe u de 4 afspraken wilt inzetten. Het is mogelijk om zowel afspraken bij een diëtist én mental coach te plannen, zo lang het maximum van 4 afspraken tezamen niet wordt overschreden.
- Als u het totaal van 4 afspraken voor het kalenderjaar heeft overschreden, kunnen extra afspraken via de app aangekocht worden.

Toelichting:
- Via de Zorg voor jezelf app, plant u een afspraak in bij de mental coach op een moment dat het u uitkomt. U kunt op het door u gekozen moment (video)bellen met de zorgverlener.
- Via de Zorg voor jezelf app spreek u eenvoudig vanuit een vertrouwde omgeving met een ervaren mental coach. Naast een luisterend oor, bieden de coaches u technieken om doelen te halen, gezond gedrag te leren en gedachten te veranderen.
- De mental coaches van Zorg voor jezelf hebben ruime ervaring met de verschillende onderwerpen van mentaal welzijn:
  - Stress
  - Burn-out
  - Slaapproblemen
  - Negatieve gevoelens
  - Heftige emoties
  - Levensgebeurtenissen (geboorte, scheiding, overlijden, ontslag, ziekte)
  - Fysieke klachten zonder zichtbare oorzaak
  - Overgang
  - Mantelzorg
  - Werk- en privébalans
  - Angsten

Fysiotherapie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Extra	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
Uitgebreid	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U gaat zelf (digitaal) aan de slag om klachten te verhelpen of voorkomen met een beweegprogramma en/of advies van een fysiotherapeut.
- De beweegprogramma's lenen zich voor lichte en/of veelvoorkomende klachten aan het bewegingsapparaat. Voordat u een beweegprogramma start dient u een korte vragenlijst in te vullen. Dit om vast te stellen of de ernst van uw klachten niet te groot is om zelfstandig oefeningen te doen. Blijkt dat u teveel pijn heeft of uw symptomen mogelijk wijzen op een ernstiger aandoening, dan wordt u verzocht om de reguliere zorg (huisarts) te raadplegen.
- U kunt via de app ook een afspraak met een fysiotherapeut plannen. Middels een videogesprek gaat u dan in gesprek over uw vraag of klacht. Middels deze 'digitale afspraken' kunt u persoonlijk advies over uw situatie krijgen. Als de fysiotherapeut tijdens dit (video)gesprek constateert dat u beter fysiek gezien kan worden, zal aangeraden worden om een afspraak te maken bij de eigen huisarts of fysiotherapeut.

Toelichting:
- Op basis van de door u ingevoerde informatie over uw klacht stelt de app een geschikt beweegprogramma voor. U kunt ervoor kiezen om te beweegprogramma's met camera-ondersteuning uit te voeren. Na akkoord kunt u de app 'mee laten kijken' via de camera van uw smartphone, tablet of laptop. De camera volgt uw bewegingen, waarna u direct terugkoppeling krijgt over de correcte uitvoering van de bewegingen. Het doel van de digitale behandelingen is het voorkomen van een bezoek aan de reguliere fysiotherapeut.
- De digitale afspraken zijn niet ter vervanging van reguliere fysiotherapie. De digitale afspraak leent zich goed voor snel, persoonlijk advies op een moment dat het voor u uitkomt. Indien mogelijk zal de fysiotherapeut u tijdens een videogesprek oefeningen aanbevelen zodat u zelf klachten kunt voorkomen of verhelpen zodat een bezoek aan de reguliere fysiotherapeut mogelijk niet meer nodig is.

- De extra afspraken komen bovenop de reguliere fysiotherapiebehandelingen waar u conform artikel 3.14 Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening recht op heeft.

Zorg voor Haar (Begeleiding voor vrouwen bij hormonale klachten)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
Extra	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
Uitgebreid	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U kiest zelf hoe u de 4 afspraken wilt inzetten. Het is mogelijk om zowel afspraken bij een diëtist én mental coach te plannen, zo lang het maximum van 4 afspraken tezamen niet wordt overschreden.
- Als u het totaal van 4 afspraken voor het kalenderjaar heeft overschreden, kunnen extra afspraken via de app aangekocht worden.

Toelichting:
- Via de Zorg voor jezelf app, plant u een afspraak in bij de diëtist of mental coach op een moment dat het u uitkomt. U kunt op het door u gekozen moment (video)bellen met de zorgverlener.
- De zorgprofessionals van Zorg voor jezelf hebben ruime ervaring met de verschillende hormonale klachten zoals bijvoorbeeld:
  - Opvliegers en nachtzweten (overgang)
  - Slaapproblemen door hormonale schommelingen
  - Stemmingswisselingen en prikkelbaarheid
  - PMS of PMDD (ernstige premenstruele klachten)
  - Vermoeidheid en gebrek aan energie
- De 4 vrij te besteden afspraken bij de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app zijn extra afspraken en gelden alleen binnen het Zorg voor haar traject. Deze afspraken gelden naast de afspraken voor de mental coach en diëtist die verder in dit artikel staan beschreven.

4.8 Lidmaatschap wandelbond KWbN

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
Start	Maximaal € 25 per kalenderjaar
Extra	Maximaal € 25 per kalenderjaar
Uitgebreid	Maximaal € 25 per kalenderjaar

Voorwaarden:

Vergoeding is voor het lidmaatschap van de Koninklijke Wandel Bond Nederland (KWbN), rechtstreeks of via een wandelvereniging

5. Omvang van de dekking Tandarts

5.1 Tandheelkundige behandelingen

Wat krijgt u vergoed?

Tandverzekering	Vergoeding
Tandarts Start	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) wordt maximaal 75% vergoed en er geldt een maximum van 45 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed
Tandarts Extra	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) wordt maximaal 75% vergoed en er geldt een maximum van 50 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed
Tandarts Uitgebreid	Maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) wordt maximaal 75% vergoed en er geldt een maximum van 60 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed

Wij vergoeden geen:
- Gemiste afspraken.
- Behandeling die niet af is.
- Gebitsbeschermer/mondbeschermer bijvoorbeeld voor het uitoefenen van sporten (M61).
- Uitwendig bleken van tanden en /of kiezen (E97 + E98) als er geen sprake is van een medische indicatie.
- Myofunctionele apparatuur en consulten die daarbij horen (G74 en G76).
- Keuringsrapporten.
- Cosmetische mondzorg (K001, K002, K003, K004).
- Tandartsverklaring.
- Hulp bij snurken.
- Hulp bij slaapproblemen.
- Therapeutische injectie met botox.

Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen
Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2027 voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C codes (m.u.v. C014 Pocketregistratie en C015 Parodontiumregistratie)
  - Preventieve mondzorg: M codes
  - Verdoving: A codes (m.u.v. A20 algehele narcose en C84 voorbereiding behandeling onder algehele narcose. Deze codes kunnen onder voorwaarden en na machtiging vergoed worden vanuit de basisverzekering).
  - Vullingen: V codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
  - Mondbeschermer M61.
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.22 Orthodontie.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Eigen bijdragen.

Toelichting:
- Met eigen bijdrage bedoelen we de kosten die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen.
- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven vindt u op allesoverhetgebit.nl.

Uitgebreide behandelingen
Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2027 voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C014 Pocketregistratie en C015 Parodontiumregistratie
  - Chirurgische ingrepen: H codes
  - Maken en beoordelen foto's: X codes
  - Verdoving door middel van een roesje: B codes
  - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
  - Kronen en bruggen: R codes
  - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes
  - Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
  - Tandvleesbehandelingen (parodontologie): T codes
  - Implantaten (bij partiële protheses): J codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Als u door een kaakchirurg wordt behandeld en de zorg valt niet onder de basisverzekering, dan kunt u de kaak chirurgische behandeling declareren onder deze aanvullende verzekering.
- Als u voor een behandeling naar de kaakchirurg gaat en deze behandeling valt onder de basisverzekering, is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.22 Orthodontie.
  - Bleken (codes E97 en E98) als er geen sprake is van een medische indicatie.
  - Facings (code R79) als er geen sprake is van een medische/tandheelkundige indicatie.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
  - Eigen bijdragen.

Toelichting:
- Met eigen bijdrage bedoelen we de kosten die u volgens de basisverzekering zelf moet betalen.
- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven vindt u op allesoverhetgebit.nl.

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland
Voorwaarden:
- Bij tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Alleen vergoeding voor behandelingen uitgevoerd door een tandarts die niet uitgesteld kunnen worden tot na terugkomst in Nederland. Planbare behandelingen worden niet vergoed.

6. Modules

6.1 Ongevallendekking Fysio & Tand

Wat is de Ongevallendekking Fysio & Tand?
Met de Ongevallendekking Fysio & Tand van a.s.r. bent u gedekt voor extra medische kosten tot € 20.000,- na een ongeval. Het gaat om kosten die uw basisverzekering of aanvullende verzekering niet vergoeden.

Dekking
- Tot € 20.000,- aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar.
- 100% voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder van Fysiotherapie/manuele therapie/oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening.
  Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan vergoeden we tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- 100% voor tandartskosten bij schade aan uw tanden (inclusief kunstgebit en implantaten).

Voorwaarden vergoeding
- U krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:
  - Het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
  - Het op dat moment vastgestelde maximumtarief door de Wet Marktordening Gezondheidszorg;
  - Of het door ons bepaalde maximale tarief.
- Wij vergoeden alleen de kosten tot herstel van de schade tot een conditie en functie die vergelijkbaar is met de conditie en functie zoals deze voorafgaand aan het ongeluk is. Er is geen aanspraak op een verbetering van deze conditie en functie. Bijvoorbeeld: als u gebitsschade hebt opgelopen, maar al een aantal tanden mist, dan vergoeden wij de vervanging van tanden die u al miste niet.
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, dan kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- Als in het kalenderjaar van het eerste ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt voor dit eerste ongeval, dan kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Ongevallendekking Fysio & Tand. In dit volgende kalenderjaar spreken we eerst weer een eventuele vergoeding op uw basisverzekering of aanvullende verzekering over dat jaar aan.
- Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze verzekering dekt echter niet de kosten voor zorg in het buitenland, maar dekt enkel de kosten voor de zorg die u erna nodig hebt in Nederland.
- Zorgkosten van de Ongevallendekking Fysio & Tand krijgt u pas vergoed als deze kosten niet door uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en u aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven. Als het ongeluk veroorzaakt is door een derde zullen wij (een deel van) de kosten op de derde verhalen.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin het ongeval plaatsvond.
- Woont u in het buitenland? Dan vergoeden wij uw kosten als:
  - het ongeluk in uw woonland of Nederland heeft plaatsgevonden. In dit geval betalen wij nooit meer dan dat wij betalen voor dezelfde zorg in Nederland.
- Woont u in Nederland? Deze verzekering dekt niet de kosten voor zorg na een ongeval in het buitenland, maar dekt enkel de kosten voor de zorg die u erna nodig hebt in Nederland, tenzij:
  - u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont en een ongeluk krijgt op niet verder dan 50 kilometer van uw woonadres. In dit geval betalen wij nooit meer dan wij vergoeden voor dezelfde zorg in Nederland. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

Voorwaarden voor de vergoeding Fysiotherapie
- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (psychosomatische) fysiotherapeut, (psychosomatisch) (kinder) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, bekkenoefentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, geriatrisch fysiotherapeut of geriatrisch oefentherapeut.
- Wij vergoeden ook de eigen bijdrage van € 5 per behandeling op de ZorgBeter en ZorgBest (10e t/m 12e behandeling).
- Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Toelichting vergoeding Fysiotherapie:
- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed op de basisverzekering. Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgzoeker.asr.nl.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering is het eigen risico van toepassing.

Voorwaarden Tandartskosten
U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist.

Wij vergoeden geen:
- Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.
- Consult voor periodieke controle C002.
- Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.

Toelichting Tandartskosten:

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven vindt u op allesoverhetgebit.nl

Wat wordt als ongeval gezien?
Een ongeval is een plotselinge, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis waarbij de inwerking van een externe oorzaak leidt tot fysiek letsel, zonder opzettelijk geweld of voedselvergiftiging. Het letsel moet objectief vast te stellen zijn door een arts en in verband gebracht kunnen worden met het ongeval. Als wij hierover twijfelen kunnen we u vragen aanvullende informatie dat dit verklaart toe te sturen.

Onder een ongeval dat aan de bovengenoemde eisen voldoet valt ook:
- Inwendig letsel of vergiftiging door ongewild binnenkrijgen van een stof of voorwerp (geen allergenen of ziektekiemen).
- Besmetting of vergiftiging door een onvrijwillige val in water of andere stoffen, of bij een reddingspoging.
- Letsel door bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontladingen of bijtende stoffen.
- Letsel door rampen zoals verhongering, dorst, uitputting of isolatie door lawine.
- Spierscheuring, verstuiking of ontwrichting (behalve bij gevaarlijke sporten).
- Complicaties of verergering van letsel door eerste hulp of noodzakelijke behandeling door een bevoegde arts.
- Wondinfectie of bloedvergiftiging door letsel opgelopen bij het ongeval.
- Besmetting met HIV door bloedtransfusie of injectie in een ziekenhuis, mits voorgeschreven en uitgevoerd door bevoegde arts/verpleegkundige.

Uitsluitingen
Wat wordt niet als ongeval gezien en wat vergoeden wij niet?
- Vervanging of beschadiging van bril of lenzen en hoortoestellen.
- Uw eigen risico en eigen bijdrage.
- Behandelingen die later dan 12 maanden na het ongeval plaats hebben gevonden.
- Ongevallen die zijn ontstaan voor de ingangsdatum van de Ongevallendekking Fysio & Tand.
- Ongevallen die met opzet of roekeloos handelen gebeuren door u of één van de andere verzekerden op uw polis. Of door iemand anders die belang heeft bij de Ongevallendekking Fysio & Tand. Wat is opzet?
  - u doet iets met het doel om een ongeluk te krijgen;
  - een actie van iemand die belang heeft bij deze Ongevallendekking Fysio & Tand. Het ongeval is dan het bedoelde of zekere gevolg van die actie.
- Eten, kauwen of drinken van etenswaren (zoals snoep, noten): schade aan het gebit hierdoor is uitgesloten.
- Voorzienbare gebitsschade, zoals:
  - Fles openen met tanden;
  - Kauwen op harde voorwerpen;
  - Geen gebitsbescherming dragen bij risicosporten;
  - Schade door ziekte.
- Verbetering van conditie/functie van gebit wordt niet vergoed, alleen herstel tot oorspronkelijke staat.
- Vervanging van tanden die al ontbraken vóór het ongeval.
- Opzettelijk of roekeloos handelen door u of iemand met belang bij de dekking.
- Ongevallen tijdens sporten zonder voorzorgsmaatregelen (zoals geen helm of bitje).
- Reguliere sportblessures (zoals hamstringblessure, zweepslag) waarbij geen sprake is van een ongeval.
- Ongevallen door overmatig alcoholgebruik (>0,8 promille).
- Ongevallen door drugsgebruik, tenzij op voorschrift van een arts.
- Ongevallen die al door andere wetgeving of verzekering worden vergoed.
- Arbeidsongevallen: kosten moeten verhaald worden op werkgever/opdrachtgever.
- Ongevallen tijdens gevaarlijke sporten. Hieronder verstaan wij:
  - Auto- en motorsporten: Alle auto- en motorsporten en alle sporten die op een racecircuit plaatsvinden;
  - Bergsporten: Abseilen, bouldering, sportklimmen, yetiballing;
  - Luchtsporten: Basejump, bungyspringen, catapulting, death ride, delta vliegen, fly by wire, formatie springen, hangliding, parachutespringen, paragliding, parapenten, parasailing, skydiving, skysurfing, stuntvliegen, ultralight vliegen;
  - Vechtsporten: Alle vechtsporten zoals Oosterse gevechtssporten, (kick)boksen, worstelen etc.;
  - Watersporten: Jetskiën, powerboat of offshore racen, freediving, jetboating, skyboot, solovaren (niet op binnenwater), tubing, wrakduiken, zeekanoën (zonder deskundige begeleiding), cliffjumping, grotduiken;
  - Wintersporten: Bobsleeën, monoskiën, ijsduiken, ijshockey, rodelen, free-stylefiguurspringen, paraskiën, skeleton, skijøring;
  - Overige sporten: Gevaarlijke/extreme sporten, zoals kite-buggy, rugby, freerunning.

Hoe declareert u een nota?
Voordat u nota's voor de ongevallendekking declareert, moet u eerst een aanvraag doen. Deze aanvraag doet u via asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen. Na ontvangst van het formulier ontvangt u van ons een terugkoppeling op de aanvraag.

U moet binnen 3 jaar (gerekend vanaf de datum van ontvangst van de nota) de originele nota's van uw zorgkosten bij ons indienen. Deze nota's moeten dan zo worden ingediend dat we zonder verdere navraag eruit kunnen opmaken welke kosten wij moeten vergoeden.

Zo declareert u een nota via internet:
- Ga naar mijnzorg.asr.nl
- Log in met de gegevens van Mijn Zorg van a.s.r.
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

Of:

- Declareer ook eenvoudig uw nota's via uw smartphone. Dat kan met de a.s.r. Zorg App voor uw Android of iPhone-toestel.

Meer informatie over declareren kunt u lezen op: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorgkosten-declareren.

7. Algemene voorwaarden

7.1 Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

a. Na-U-clausule: de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan;

b. Samenloop: zorgkosten of kosten van repatriëring op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van oudere datum die al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als u niet meer in aanmerking komt voor een vergoeding vanuit die andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen;

c. Wlz: verstrekkingen krachtens de Wlz waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;

d. Eigen bijdrage Wlz: eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;

e. Niet nagekomen afspraak: declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

f. Behandelingen binnen een gezin: de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor vooraf toestemming hebben verleend;

g. Preventieve geneeskunde: de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.4.4 Preventieve geneeskunde en 3.4.6 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten.

h. Preventieve onderzoeken: behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;

i. Celtherapie: de kosten van celtherapie;

j. Fitness: de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;

k. Dekking: de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;

l. Molest: kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) Zie clausule terrorismedekking;

m. Atoomkernreacties: kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

7.2 Algemeen

Bedenktijd

De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst zonder opgave van redenen te ontbinden in de volgende twee gevallen:

- Binnen 14 dagen nadat de overeenkomst tot stand is gekomen.
- Als de overeenkomst later tot stand komt, binnen 14 dagen nadat de eerste polis is ontvangen.

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten. U kunt hiervoor gebruik maken van ons herroepingsformulier op: asr.nl/contact/online-herroepen/aanvragen.

Grondslag van de verzekering

Deze overeenkomst is gebaseerd op het (digitale) aanvraagformulier en voor zover van toepassing de ingevulde gezondheidsverklaring verstrekt door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger aan de zorgverzekeraar. Als er een medische keuring heeft plaatsgevonden, dan gelden ook de bij die keuring door verzekeringnemer en/of verzekerde verstrekte gegevens.

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt.

Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde niet of niet volledig aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien verzekeringnemer en/of verzekerde met opzet tot misleiden van de zorgverzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft de zorgverzekeraar tevens het recht de verzekering op te zeggen.

Sanctiewet
Wij kunnen een aanvraag voor een aanvullende verzekering weigeren, of een bestaande aanvullende verzekering per omgaande beëindigen op grond van de Sanctiewet 1977. De Sanctiewet 1977 stelt wettelijke eisen aan (financiële) instellingen om hun integriteit te waarborgen en zo ongewenste handel, witwassen en terrorisme te bestrijden. De Sanctiewet 1977 kunt u terugvinden op wetten.overheid.nl.

Begin en einde van de vergoeding
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze voorwaarden recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Privacyreglement
Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector. Meer informatie hierover vindt u in onze privacyverklaring op asrnederland.nl/privacyverklaring.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE te Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

Machtiging
Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

Kennisgeving
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Aanvullende verzekering kinderen
De verzekerde jonger dan 18 jaar is verzekerd op dezelfde aanvullende verzekering als de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer. Bij wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van de verzekerde jonger dan 18 jaar automatisch mee.

Aanvulling Optimaal en Tandarts Optimaal
De Aanvulling Optimaal en de Tandarts Optimaal kunt u vanaf 1 januari 2020 niet meer nieuw afsluiten. Heeft u op 1 januari 2020 een bestaande Aanvulling Optimaal en/of een bestaande Tandarts Optimaal, dan kunt u deze behouden. Als u de Aanvulling Optimaal en/of de Tandarts Optimaal ooit opzegt of overstapt naar een andere aanvullende ziektekostenverzekering en/of tandartsverzekering, dan kunt u daarna niet opnieuw worden verzekerd op de Aanvulling Optimaal en/of de Tandarts Optimaal.

Materiële controle en gepast gebruik
Materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Een materiële controle bestaat uit een rechtmatigheidscontrole (is de in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk geleverd) en een doelmatigheidscontrole (was de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest voor de hand liggend).

Gepast gebruik bestaat vanuit het oogpunt van de zorgverzekering gezien uit drie elementen:
- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de indicatievoorwaarden.
- Is de verzekerde ook redelijkerwijs op de zorg aangewezen (doelmatigheid en kwaliteit van zorg).

DBC-Zorgproduct
Voor de vaststelling van de vergoeding wordt de DBC-Zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

7.3 Premie

Premie verschuldigd
Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

Leeftijdsafhankelijke premie
Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Overschrijdt u een leeftijdsgrens? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar.

Leeftijdsbepaling
Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Premierestitutie
Behalve bij opzegging door de zorgverzekeraar wegens het opzettelijk misleiden van de zorgverzekeraar, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

7.4 Premiebetaling en betalingsachterstand

Premiebetaling
De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te

betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

Indien verzekeringnemer of verzekerde een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van a.s.r., bepaalt a.s.r. op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Betalingsachterstand
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, zal de verzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Indien geen betaling plaatsvindt binnen deze periode, zal de verzekeraar een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet tijdige betaling de aanvullende verzekering wordt beëindigd.

Alleen de basisverzekering blijft dan van kracht.

Het is de verzekeraar toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met aan verzekerde te betalen vergoedingen.

Het is mogelijk om een nieuwe aanvullende verzekering aan te vragen, als de totale premieachterstand aan de gerechtsdeurwaarder betaald zijn. De ingangsdatum wordt 1 januari van het volgende jaar.

Onderbreking van de dekking bij detentie
De verzekering wordt onderbroken gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

7.5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

Schademeldingsplicht
Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor zorgverzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan zorgverzekeraar te melden.

Schade-informatieplicht
Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor zorgverzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

Medewerkingsplicht
Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van zorgverzekeraar zou kunnen benadelen.

Originele nota's
De verzekeringnemer/verzekerde dient de originele nota's binnen 3 jaren gerekend vanaf de datum van ontvangst van de nota, bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota. De nota wordt sneller behandeld als deze digitaal wordt ingestuurd via onze app of via de mijnomgeving. Als de nota's apart (digitaal) worden ingestuurd, vindt de verwerking sneller plaats dan allerlei nota's bij elkaar.

Heeft de verzekeringnemer/verzekerde de Mijn Zorg app nog niet? Download de app voor Android of Apple! Ga in de app dan naar 'Declareren' en maak een foto van de nota.

Zo declareert verzekeringnemer/verzekerde een nota via internet:
- Ga naar mijnzorg.asr.nl
- Login met de gegevens van Mijn Zorg
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

Of:
- Print het "Declaratieformulier" en vul het in
- Stuur de declaratie naar:
  a.s.r.
  T.a.v. Afdeling Zorg Declaraties
  Postbus 2072
  3500 HB Utrecht

Belangen van de zorgverzekeraar
Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van zorgverzekeraar heeft benadeeld.

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden.

7.6 Declaraties en onderbreking van de dekking

Rechtstreeks betaalde declaraties
De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgaanbieders, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgaanbieder, rechtstreeks te voldoen aan de zorgaanbieder. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen. De zorgverzekeraar zal niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, indien de zorgaanbieder onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Verschuldigde bedragen
De in dit artikel bij 'Rechtstreeks betaalde declaraties' genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgaanbieder betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

Vordering in het algemeen
De in dit artikel bij 'Verschuldigde bedragen' omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen.

De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

Onderbreking van de dekking
Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de

zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens artikel 7.4 Premiebetaling en betalingsachterstand heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen.

7.7 Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
- de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekeringnemer en/of verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het in dit artikel bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien de zorgverzekeraar de kosten met succes verhaalt, worden eventuele maximumvergoedingen in deze aanvullende verzekering niet ten gunste van de verzekerde aangepast.

7.8 Fraude

Verplichting tot medewerking
Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de aanvraag van uw verzekering, uw gegevens in onze administratie en uw declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen. Verleent u geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om uw verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens
Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing
De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars onderling de bevoegdheid om informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, NLA en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding
Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende

declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen
Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:
- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw zorgverzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
  - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de basisverzekering jegens u;
  - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij a.s.r.
- uw contractrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een verzoek tot strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of andere een opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

7.9 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Kennisgeving
Als verzekeringnemer of verzekerde bent u verplicht om gegevens die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan ons door te geven. Hiermee bedoelen wij in ieder geval:
- als uw verzekeringsplicht eindigt;
- als uw rekeningnummer/IBAN wijzigt;
- als u langdurig gaat verblijven in het buitenland;
- als u verhuist;
- als u op grond van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt;
- als uw detentie eindigt.

Geboorte
Het is belangrijk om ook de geboorte van een kind snel bij ons te melden. Als de geboorte binnen vier maanden aan ons wordt gemeld, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekeren tot aan de dag van de geboorte. Alle zorgkosten die in de tussentijd zijn gemaakt, worden dan gedekt door de verzekering. Als de geboorte van een kind pas na vier maanden aan ons wordt gemeld, gaat de verzekering in op de dag waarop wij de melding hebben ontvangen. Als het kind dan al zorgkosten heeft gemaakt, blijven die voor rekening van de ouders.

Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde
De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste 6 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welke aanvullende verzekering wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met de bestaande aanvullende verzekering.

7.10 Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging
Wij hebben het recht uw premie en of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging
Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij ook in bijzondere gevallen tussentijds uw premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

U ontvangt hierover een bericht
Een wijziging in de premie en/of voorwaarden treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure.

7.11 Duur van de verzekering

Begin van de verzekering
De verzekering gaat in op de datum dat de zorgverzekeraar het verzoek daartoe alsmede de aanduiding van de variant waarvoor verzekerde kiest, heeft ontvangen mits geaccepteerd. De ingangsdatum wordt op het polisblad vermeld.

Looptijd
Vanaf 1 januari voor onbepaalde tijd, met jaarlijks de mogelijkheid om de verzekering op te zeggen.

Einde van de verzekering
Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:
- Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7.4 Premiebetaling en betalingsachterstand niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7.4 Premiebetaling en betalingsachterstand, te beëindigen.
- Indien verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 7.8 Fraude, of indien de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/ of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel indien de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- Indien u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.
- Indien de zorgverzekeraar 1 maand van tevoren aangeeft de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.
- Indien bij en/of na acceptatie van de verzekering blijkt dat verzekeringnemer en/of verzekerde is geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten deze aanvullende verzekering met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Verzekeringnemer heeft het recht jaarlijks de verzekering te beëindigen door middel van opzegging.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op, wij moeten de opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice;
- u heeft een bericht ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Uw opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude aanvullende verzekering op. Indien de verzekeringnemer niet wenst dat de nieuwe verzekeraar namens de verzekeringnemer de oude verzekering beëindigt dient verzekeringnemer dat aan te geven op het aanvraagformulier van de nieuwe verzekering.

Indien de verzekeringnemer de aanvullende zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 7.10 Herziening van premie of voorwaarden akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 7.10 Herziening van premie of voorwaarden van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven. De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:
- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt.

Indien binnen twee maanden nadat de zorgverzekeraar tegenover verzekeringnemer een beroep op de niet nakoming van de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering heeft gedaan. De verzekering eindigt op de datum die in de opzeggingsbrief is vermeld of bij gebreke daarvan op de datum van dagtekening van de opzeggingsbrief.

Indien de bij de zorgverzekeraar afgesloten basisverzekering eindigt, kan verzekeringnemer de aanvullende verzekering eveneens laten eindigen. In dit geval eindigt de aanvullende verzekering gelijktijdig met de basisverzekering. Opzegging van de aanvullende verzekering dient schriftelijk te geschieden en is mogelijk tot uiterlijk de datum waarop de basisverzekering eindigt.

De verzekering eindigt automatisch in navolgende gevallen:
- De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
- De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeengekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

7.12 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging
Bent u het niet eens met een beslissing van a.s.r.? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dat doet u door uw machtiging opnieuw in te dienen en nieuwe medische informatie toe te voegen. Indienen kan via asr.nl/service/zorgverzekering-upload of per post aan a.s.r. , afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ
Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en bent u het daar niet mee eens? Dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten
Hebt u een klacht, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met a.s.r., naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Dit kan via het klachtenformulier op onze website asr.nl/over-asr/klachtenformulier of door een brief te sturen aan a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. U kunt ons ook bellen op (030) 278 36 30.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

7.13 Bepalingen in verband met collectiviteit

De bepalingen Uitdiensttreding, Nieuwe collectieve verzekering en Afbreuk collectief karakter gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een collectief contract.

Uitdiensttreding
Als een verzekerde een functie elders aanvaardt, wordt de verzekering zonder selectie voortgezet tegen een gelijkwaardige individuele aanvullende verzekering. De uitdiensttreding dient voor de datum van beëindiging van het oude dienstverband te worden gemeld bij de zorgverzekeraar.

Bijzondere afspraken die uitsluitend gelden voor het collectief worden op de individuele aanvullende verzekering niet voortgezet. Bij het beëindigen van deelname aan de collectiviteit vervallen tevens alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

Nieuwe collectieve verzekering
De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beiden in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

Afbreuk collectief karakter
De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor, als aan het collectieve karakter van het contract in aanzienlijke mate afbreuk wordt gedaan, het contract tussentijds te beëindigen met inachtneming van een opzegtermijn van een maand.

De bepalingen Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering en Nieuwe collectieve verzekering na beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering gelden alleen voor polissen die zijn afgesloten binnen een AOV ondernemerscollectief.

Beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)
U heeft alleen recht op collectiviteitskorting indien u een lopende basisverzekering en AOV bij a.s.r. heeft en u in een AOV ondernemerscollectief (een collectieve zorgverzekering voor zelfstandig ondernemers welke een AOV individueel en een zorgverzekering afgesloten hebben bij a.s.r.) verzekerd bent. Het recht op deze

collectiviteitskorting vervalt direct wanneer er geen AOV-individueel meer bij onze maatschappij loopt of u niet langer verzekerd bent via een AOV ondernemerscollectief.

Nieuwe collectieve verzekering na beëindiging arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV)
U heeft als zelfstandig ondernemer het recht de verzekering tussentijds op te zeggen als u in een AOV ondernemerscollectief (een collectieve zorgverzekering voor zelfstandig ondernemers welke een AOV individueel en een zorgverzekering afgesloten hebben bij a.s.r.) verzekerd was en in loondienst treedt. U kunt per datum van beëindiging van het AOV ondernemerscollectief overstappen. Voorwaarde is dat de ingangsdatum van de collectieve basisverzekering via uw werkgever ingaat per datum van beëindiging bij ons. Als deze datum afwijkt wordt de verzekering individueel voortgezet.

7.14 Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

8. Contactgegevens

a.s.r.
asr.nl/contact/zorgverzekering
Telefoon: (030) 257 22 22

Bezoekadres:
Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht

Postadres:
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

SOS International
BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International
Telefoon +31 (0)30 257 35 75
E-mail: info@sosinternational.nl

Meditel
Meditel B.V.
Postbus 454, 2800 AL Gouda
Telefoon (0900) 202 10 40