a.s.r.



# Polisvoorwaarden 2027

## Aanvulling Maximaal 2005 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 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling) 13
3.3 Astma therapeutisch kamp 13
3.4 Brillen of contactlenzen 13
3.5 Buitenland 14
3.6 Buzzer 16
3.7 Camouflage 16
3.8 Cursussen 16
3.9 Diensten via de Zorg voor jezelf app 16
3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing 20
3.11 Ergotherapie 20
3.12 Extra zorg na een ongeval 20
3.13 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen) 21
3.14 Fertiliteitbevorderende behandelingen 22
3.15 Fysiotherapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening 22
3.16 GeboorteTENS 23
3.17 Herstellingsoord 23
3.18 Hulpmiddelen 23
3.19 Kinderopvang bij opname ouders 24
3.20 Kraampakket 24
3.21 Kuurreizen 25
3.22 Laserbehandeling of lensimplantatie 25
3.23 Lidmaatschap patiëntenvereniging 25
3.24 Logeerhuis bij ziekenhuisopname 26
3.25 Orthodontie 26
3.26 Orthoptie 26
3.27 Plastische chirurgie 26
3.28 Plaswekker 27
3.29 Podotherapie 27
3.30 Preventieve geneeskunde 27
3.31 Psychologische hulp 28
3.32 Refertilisatie 28
3.33 Reiskosten Astmacentrum Davos 29
3.34 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden 29
3.35 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten 29
3.36 Sterilisatie 30
3.37 Steunpessaria 30

Naar inhoud

3.38 Steunzolen 30
3.39 Stottertherapie 31
3.40 Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar 31
3.41 Thuisverpleging 31
3.42 Verblijf bij levertransplantatie 31
3.43 Verloskundige zorg en kraamzorg 32
3.44 Wondverzorging 32
3.45 Ziekenvervoer binnen Nederland 33
3.46 Ziekenvervoer (eigen bijdragen) 33

**4. Algemene voorwaarden 34**
4.1 Uitsluitingen 34
4.2 Algemeen 34
4.3 Premie 36
4.4 Premiebetaling en betalingsachterstand 36
4.5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde 37
4.6 Declaraties en onderbreking van de dekking 38
4.7 Regres 39
4.8 Fraude 39
4.9 Kennisgeving relevante gebeurtenissen 40
4.10 Herziening van premie of voorwaarden 40
4.11 Duur van de verzekering 41
4.12 Heroverweging en klacht 42
4.13 Bepalingen in verband met collectiviteit 43
4.14 Clausule terrorismedekking 43

**5. Contactgegevens 44**

# 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.

**Dagbehandeling**
Opname korter dan 24 uur.

**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).

**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.

**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).

**Hulpmiddelenzorg**
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.

**Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

**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.

**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.

**Privékliniek**
Een behandelcentrum in Nederland zonder WTZa-toelating of een behandelcentrum in het buitenland waar behandelingen worden uitgevoerd die niet vergoed worden door de ziektekostenverzekering(en) die deel uitmaken van het sociale stelsel in het betreffende land.

**Psycholoog**
Een in Nederland gevestigde psycholoog, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de kwalificatieregeling Eerstelijns psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

**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.

**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.

**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.

**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.

**Ziekenverzorgende**
Een in Nederland gevestigde verzorgende (VIGGER of MDGO-vp), die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 34 van de wet BIG.

**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.

Naar inhoud

# 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. 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.
- Ergotherapie 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 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Behandeling van acne in het 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 of schoonheidsspecialist(e).
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

## 3.2 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Onderzoek en behandeling door een alternatief genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen |

Voorwaarden:
- Alternatieve geneesmiddelen worden geleverd door een apotheekhoudende of alternatieve genezer.

## 3.3 Astma therapeutisch kamp

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Verblijf in een therapeutisch kamp. |

Voorwaarden:
- Op voorschrift van een medisch specialist.
- Verzekerde is jonger dan 21 jaar en astmatisch.

## 3.4 Brillen of contactlenzen

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | Maximaal € 300 per verzekerde per 36 maanden. |

Voorwaarden:
- U heeft in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen, montuur of lenzen geen laserbehandeling of lensimplantatie ondergaan, die door ons is vergoed.

- Wij vergoeden geen:
  - Lenzen die zijn aangeschaft op internet.

Toelichting:
- De periode van 36 maanden gaat in op de leverdatum van de eerste aanschaf van de brillenglazen, bril, montuur of lenzen die door ons zijn vergoed.
- Onder contactlenzen verstaan wij dag-, week-, maand-, of vaste contactlenzen die door een opticien verstrekt zijn.

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

## 3.5 Buitenland

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:
  - 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 3.15 Fysiotherapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening);
  - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.25 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.

**Tijdens tijdelijk verblijf**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Zorgkosten die de vergoeding op de basisverzekering te boven gaan en zorgkosten die volgens deze verzekering worden vergoed als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden. |

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.

**Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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.
- De arts van SOS International beoordeelt of er sprake is van acute ernstige ziekte of ernstig ongevalsletsel.
- 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.6 Buzzer

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Buzzer in bruikleen. |

Voorwaarden:
- Bij een bevalling, voor een periode van vijf weken voor de vermoedelijke bevallingsdatum. Of bij een ernstige ziekte.
- U kunt de buzzer schriftelijk bij ons aanvragen.

## 3.7 Camouflage

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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.
- 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 Cursussen

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging, bijvoorbeeld valpreventie. |

Voorwaarden:
- De thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging moet aangesloten zijn bij een landelijk of regionaal Patiënten en Consumenten Platform.

## 3.9 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.10 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Vanaf het 11e uur. |

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 zorg na een ongeval

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | Maximaal € 1.000 per verzekerde per ongeval. |

Voorwaarden:
- Vergoeding voor zorgkosten na een ongeval die niet of niet volledig worden vergoed op uw basis- of aanvullende verzekering.

- Maximaal 1 ongeval per persoon, per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het gehele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het verzekerde bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar. Als bij een ongeval in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag voor dat betreffende ongeval worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) kalenderjaar bij ons verzekerd is op deze aanvullende verzekering.
- Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze verzekering dekt niet de kosten voor zorg in het buitenland, enkel voor de zorg die je erna nodig hebt in Nederland.
- Het ongeval is u overkomen in het lopende of voorafgaande kalenderjaar.
- De 'Extra zorg na een ongeval' kan alleen worden gebruikt als u op het moment van het ongeval een basisverzekering en een aanvullende verzekering bij ons heeft.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.
- Wij vergoeden de volgende zorgkosten na een ongeval:
  - Fysiotherapie (inclusief manuele therapie);
  - Tandartskosten bij schade aan uw tanden (inclusief kunstgebit en implantaten);
  - Huishoudelijke hulp bij opname in ziekenhuis;
  - Kinderopvang voor kinderen bij opname ouder in ziekenhuis;
  - Taxiververvoer naar het ziekenhuis als u om medische redenen geen auto kunt rijden of met het openbaar vervoer kunt gaan;
  - Alternatieve geneeswijzen, zoals chiropractie of musculoskeletale geneeskunde;
  - Eenvoudige loophulpmiddelen zoals krukken, rollator of looprekken.
- Wij vergoeden geen:
  - Kosten die onder het eigen risico vallen;
  - Brillen en lenzen.

Wilt u de 'Extra zorg na een ongeval' inzetten, gebruik dan het declaratieformulier 'Declaratie extra zorg na een ongeval' op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten, onder het kopje 'Formulieren'.

## 3.13 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

**Wettelijk eigen bijdragen op geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet geldt zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg.**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Het geneesmiddel dient voor vergoeding in aanmerking te komen op een basisverzekering.

**Geregistreerde geneesmiddelen die niet zijn aangewezen door de overheid in het Reglement Farmaceutische Zorg.**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Op voorschrift van de huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, verpleegkundige of verloskundige.
- Geleverd door een apotheekhoudende.

## 3.14 Fertiliteitbevorderende behandelingen

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100%<br>Vanaf de 4e poging in-vitrofertilisatie (IVF). |

Voorwaarden:
- Bij een algemeen geaccepteerde medische indicatie.
- Op voorschrift van de behandelend arts.
- Uitgevoerd in een vergunning houdend ziekenhuis.

Toelichting:
- De eerste drie pogingen IVF worden vergoed op uw basisverzekering.

## 3.15 Fysiotherapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

**Fysiotherapie en oefentherapie**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder en maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. |

Voorwaarden:
- Behandeling 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 als u een aandoening heeft die in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering staat.
- 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 3.9 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.
- 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 3.2 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling).

Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

**Screening, intake en onderzoek door een fysiotherapeut en oefentherapeut**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Screening wordt uitgevoerd door een (kinder-) fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.

## 3.16 GeboorteTENS

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Vergoeding voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTENS.
- Er is geen sprake van een geplande (poli)klinische bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum.

Zie voor meer informatie geboortetens.nl.

## 3.17 Herstellingsoord

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% verblijf in herstellingsoord voor somatische ziekten. |

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing van de behandelend arts.

## 3.18 Hulpmiddelen

**Wettelijke eigen bijdrage voor de aanschaf van hulpmiddelen**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in ons Reglement Hulpmiddelen 2027.

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

**Kosten boven maximale vergoeding op grond van uw basisverzekering**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten boven de maximale vergoeding op de basisverzekering van hulpmiddelen die staan in ons Reglement Hulpmiddelen 2027.

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

## 3.19 Kinderopvang bij opname ouders

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | Tot € 12 per dag, maximaal 365 dagen. |

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.
- Voor de eerste 5 opnamedagen geldt geen vergoeding.
- 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.

## 3.20 Kraampakket

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.21 Kuurreizen

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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.

## 3.22 Laserbehandeling of lensimplantatie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | Maximaal € 1.250 per verzekerde per 60 maanden voor beide ogen. |

Voorwaarden:
- Bij een afwijking van 4 of meer dioptrieën per oog.
- Maximaal eenmaal een vergoeding voor beide ogen per 60 maanden.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een oogarts.

Toelichting:
- De 60 maanden gaan in op de behandeldatum die staat op de nota van de behandeling.
- 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 -4.0 = -4,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,5 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 – 4.0 = -4,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,0 dioptrieën)

## 3.23 Lidmaatschap patiëntenvereniging

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- De patiëntenvereniging is aangesloten bij een landelijk of regionaal patiënten- en consumentenplatform.

## 3.24 Logeerhuis bij ziekenhuisopname

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.25 Orthodontie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- De behandeling wordt niet vergoed door uw basisverzekering.
- 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.

## 3.26 Orthoptie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

## 3.27 Plastische chirurgie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% voor aanschaf plaswekker en toebehoren. |

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts.

## 3.29 Podotherapie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- U wordt behandeld door een podotherapeut.

## 3.30 Preventieve geneeskunde

**Preventieve onderzoeken en vaccinaties**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% van het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief. |

Voorwaarden:
- De preventieve onderzoeken worden uitgevoerd door een medisch specialist in een Nederlands ziekenhuis, de huisarts of GGD.
- Als laboratoriumonderzoeken nodig zijn, dan vallen de kosten hiervan onder uw basisverzekering, hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
- Wij vergoeden geen:
  - Behandeling en preventief diagnostisch onderzoek voor bevolkingsonderzoek (Wet op het Bevolkingsonderzoek).

**Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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 |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.31 Psychologische hulp

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% bij gecontracteerde psycholoog of maximaal € 1.150 per verzekerde per kalenderjaar bij een niet gecontracteerde psycholoog |

Voorwaarden:
- U bent 18 jaar of ouder.
- Als u gebruik maakt van gecontracteerde psychologische hulp vervalt het recht op niet-gecontracteerde psychologische hulp en vice versa.

## 3.32 Refertilisatie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.33 Reiskosten Astmacentrum Davos

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 75% van de reiskosten per trein (laagste klasse) eenmaal per opnameperiode van 3 maanden. |

Voorwaarden:
- Vervoer van de verzekerde die wordt opgenomen en vervoer van het bezoek (maximaal 2 verzekerden) aan een verzekerde in het Astmacentrum Davos.

## 3.34 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | € 0,40 per kilometer, eenmaal per dag. |

Voorwaarden:
- De dekking geldt voor het gezinslid dat is opgenomen.
- Het gezinslid 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'.
- De afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis bedraagt minimaal 25 kilometer.
- 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.

## 3.35 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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).
- Blessure- en herhalingsconsulten, uitgevoerd door een sportarts, kunnen vergoed worden onder de basisverzekering. In dat geval is hierop het eigen risico van toepassing.

Toelichting:
- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

## 3.36 Sterilisatie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 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.

## 3.37 Steunpessaria

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Op voorschrift van de behandelend arts.

## 3.38 Steunzolen

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

Voorwaarden:
- Op voorschrift van de behandelend arts of podotherapeut.

## 3.39 Stottertherapie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% voor behandeling en verblijf. |

Voorwaarden:
- Vergoeding voor Del Ferro-methode en de Hausdorfer-methode.

## 3.40 Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% tandheelkundige hulp of eigen bijdragen die niet worden vergoed op uw basisverzekering. |

Voorwaarden:
- U wordt behandeld door een tandarts of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.25 Orthodontie.

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

## 3.41 Thuisverpleging

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% ter bekorting of vervanging van medisch geïndiceerd verblijf in een ziekenhuis. |

Voorwaarden:
- U heeft onze schriftelijke toestemming nodig.
- Ter bekorting of vervanging van kosten die in het geval van opname voor vergoeding in aanmerking zouden komen op uw zorgverzekering bij ons.
- De vergoeding is een aanvulling op de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Door een verpleegkundige of ziekenverzorgende bij verzekerde thuis.
- Wij kunnen nadere voorwaarden stellen, bijvoorbeeld over de aard en omvang van de zorg of de zorg verlenende instantie.

## 3.42 Verblijf bij levertransplantatie

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% tot maximaal € 33 per dag voor verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen voor maximaal 28 dagen.<br>100% tot maximaal € 25 per dag voor verblijf in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen voor de periode van opname van de getransplanteerde. |

Voorwaarden:
- Verblijf in het Prinses Margriethuis is voor verzekerde en verzorger en aansluitend op een levertransplantatie bij een verzekerde.
- Verblijf in het zusterhuis is voor een gezinslid ten behoeve van een levertransplantatie bij een verzekerde.

## 3.43 Verloskundige zorg en kraamzorg

**Kraamzorg bij opname in een kraamhotel of ziekenhuis zonder medische noodzaak (eigen bijdrage)**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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

**Kraamzorg thuis (eigen bijdrage voor vrouwelijke verzekerde)**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% |

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

**Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg**

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | Maximaal 4 uur. |

Voorwaarden:
- U heeft een verwijzing van een medisch specialist.
- De kraamzorg wordt gegeven door een gediplomeerd kraamverzorgende.

## 3.44 Wondverzorging

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% zelfzorgmiddelen voor wondverzorging. |

Voorwaarden:
- De middelen moeten worden geleverd door een apotheekhoudende.
- Op voorschrift van de behandelend arts of medisch specialist.

## 3.45 Ziekenvervoer binnen Nederland

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% voor kosten van vervoer per taxi.<br>€ 0,40 per kilometer bij vervoer per auto.<br>€ 0,16 per kilometer bij vervoer per auto, in aanvulling op een vergoeding uit uw basisverzekering. |

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.
- De behandeling moet op uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Vergoedingen uit de aanvullende verzekering zijn bijvoorbeeld fysiotherapie en oefentherapie, ergotherapie of herstellingsoord.
- Wij vergoeden ook vervoer van en naar een inrichting waar u ten laste van de Wlz wordt opgenomen of behandeld.
- 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.

## 3.46 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

**Wat krijgt u vergoed?**

| Aanvullende verzekering | Vergoeding |
|---|---|
| Aanvulling Maximaal | 100% voor zittend ziekenvervoer. |

Voorwaarden:
- Er moet sprake zijn van zittend ziekenvervoer dat op uw basisverzekering wordt vergoed.

# 4. Algemene voorwaarden

## 4.1 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 3.30 Preventieve geneeskunde en 3.35 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.

## 4.2 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.

**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.

## 4.3 Premie

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

**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.

## 4.4 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.

## 4.5 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.

## 4.6 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 4.4 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.

## 4.7 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.

## 4.8 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.

## 4.9 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.

## 4.10 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.

## 4.11 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 4.4 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 4.4 Premiebetaling en betalingsachterstand, te beëindigen.
- Indien verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 4.8 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 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 4.10 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 4.10 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.
- Indien de zorgverzekeraar één maand van tevoren aangeeft de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.

## 4.12 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.

## 4.13 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.

## 4.14 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.

# 5. 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