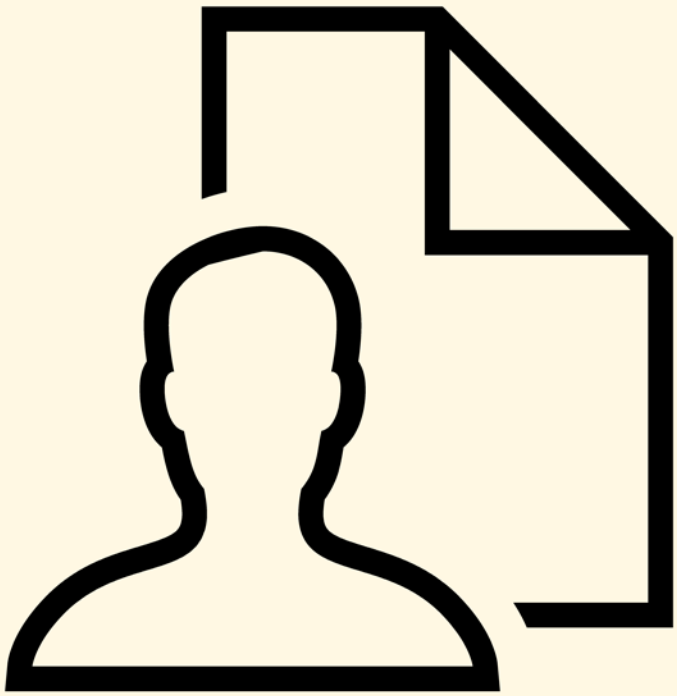


Polisvoorwaarden 2027

Tandarts Maximaal 2005 van a.s.r.

Inhoud

1. Begripsomschrijvingen **3**

2. Wijze van uitvoering **5**

3. Omvang van de dekking **6**
3.1 Tandheelkundige behandelingen 6

4. Algemene voorwaarden **7**
4.1 Uitsluitingen 7
4.2 Algemeen 7
4.3 Premie 9
4.4 Premiebetaling en betalingsachterstand 9
4.5 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde 10
4.6 Declaraties en onderbreking van de dekking 11
4.7 Regres 11
4.8 Fraude 12
4.9 Kennisgeving relevante gebeurtenissen 13
4.10 Herziening van premie of voorwaarden 13
4.11 Duur van de verzekering 13
4.12 Heroverweging en klacht 15
4.13 Bepalingen in verband met collectiviteit 15
4.14 Clausule terrorismedekking 16

5. Contactgegevens **17**

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.

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

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.

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.

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

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

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.

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.

Naar inhoud

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

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

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.

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.

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

Zorgverlener
Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

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

2. Wijze van uitvoering

Woonland
Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgaanbieder. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgaanbieder.

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.

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 Tandheelkundige behandelingen

Wat krijgt u vergoed?

Tandverzekering	Vergoeding
Tandarts Maximaal	100% maximaal € 1.400 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2027 voor:
  - Verdoving door middel van een roesje: B codes
  - Consultatie en diagnostiek: C codes
  - Chirurgische ingrepen: H codes
  - Maken en beoordelen foto's: X codes
  - Preventieve mondzorg: M codes
  - Verdoving: A codes
  - Vullingen: V codes
  - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
  - Kronen en bruggen: R codes
  - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes
  - Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
  - Tandvleesbehandelingen (parodontologie): T codes
  - Implantaten (bij partiële protheses): J codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Als u voor een behandeling naar de kaakchirurg gaat en deze behandeling valt onder de basisverzekering, is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
  - Eigen bijdragen.

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

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;

h. Farmaceutische zorg: de kosten van geneesmiddelen;

i. Tandtechnici: door tandtechnici al dan niet onder eigen naam verrichte tandheelkundige behandelingen;

j. 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;

k. 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;

l. 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.

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).

4.3 Premie

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

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.

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.

Naar inhoud

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