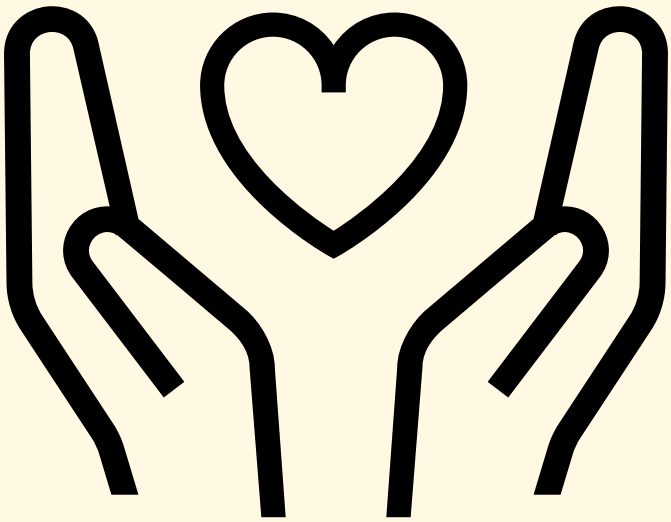
a.s.r.



Voorwaarden aanvullende verzekeringen, tandartsverzekeringen en modules 2025 a.s.r. en Ik kies zelf van a.s.r.

Inhoud

1.	**Hoe werkt uw Aanvullende Zorgverzekering**	**3**
2.	**Aanvullende verzekeringen**	**4**
2.1	Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening	4
2.2	Niet spoedeisende medische hulp in het buitenland	5
2.3	Zwangerschap en bevalling	6
2.4	Orthodontie	7
2.5	Hulpmiddelen	8
2.6	Mantelzorg	8
2.7	Begeleiding en nazorg bij kanker	10
2.8	Preventie	10
2.9	Diensten via de Zorg voor jezelf app	13
3.	**Tandarts**	**15**
4.	**Modules**	**17**
4.1	Bril en lenzen	17
4.2	Ongevallendekking Fysio & Tand	18
4.3	Buitenland (inclusief Ongevallendekking Fysio & Tand)	21
5.	**Algemene voorwaarden**	**23**
6.	**Wat bedoelen we met?**	**30**
7.	**Contactgegevens**	**35**

1. Hoe werkt uw Aanvullende Zorgverzekering

Bij a.s.r. en Ik kies zelf van a.s.r. bepaalt u zelf welke zorg u wil verzekeren. Naast de 'verplichte' basisverzekering kunt u ook kiezen voor een aantal aantrekkelijke aanvullende zorgverzekeringen:

Aanvullende verzekeringen:
- ZorgBasis
- ZorgBewust
- ZorgGoed
- ZorgBeter
- ZorgBest

Tandartsverzekering:
- TandBewust
- TandGoed
- TandBeter
- TandBest
- TandPlus

Bril- en lenzen module:
- Bril en lenzen

Ongevallendekking Fysio & Tand module:
- Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening en Tandartskosten

Buitenlandmodule:
- Buitenland (inclusief Ongevallendekking Fysio & Tand)

Heeft u vragen?
Dan kunt u altijd contact met ons opnemen. Bekijk onze contactgegevens op asr.nl/contact/zorgverzekering of bel ons direct op 030 - 699 79 30.

2. Aanvullende verzekeringen

2.1 Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijgt u vergoed?

ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
3 behandelingen per kalenderjaar	6 behandelingen per kalenderjaar	9 behandelingen per kalenderjaar	12 behandelingen per kalenderjaar Voor de eerste 9 behandelingen geldt geen eigen bijdrage. Voor de 10e t/m de 12e behandeling geldt een eigen bijdrage van € 5 per behandeling.	18 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 12 behandelingen manuele therapie Voor de eerste 9 behandelingen geldt geen eigen bijdrage. Voor de 10e t/m de 18e behandeling geldt een eigen bijdrage van € 5 per behandeling.

Voorwaarden:
- Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden we tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief,
- U wordt behandeld door een (kinder-) fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- De behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Littekentherapie en oedeemtherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut.
- Screening telt niet mee voor het aantal behandelingen.

- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.
- Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Toelichting:
- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op https://zorgzoeker.asr.nl.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan eigen risico van toepassing zijn.
- Manuele therapie die wordt gegeven door een alternatief genezer of alternatief therapeut vergoeden wij niet.

2.2 Niet spoedeisende medische hulp in het buitenland

Algemeen:
- 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).
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
  - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.1);
  - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.4).
- Voor meer informatie over zorg in het buitenland zie asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-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 www.oanda.com.
- U dient de ontslagbrief en de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

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

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering

Voorwaarden:
- Het betreft niet spoedeisende zorg
- U woont in een EU, EER of verdragsland.
- U wordt behandeld in het land waar u woont, door een zorgaanbieder die in hetzelfde land is gevestigd.
- De deskundigheid van de zorgaanbieders is vergelijkbaar met de zorgaanbieders in Nederland. De in de specifieke artikelen genoemde voorwaarden en maximale vergoedingen blijven van kracht.

Zorg in België en Duitsland (woonachtig in Nederland)

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100%	100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:
- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basis-verzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.
- Niet-spoedeisende zorg dient u van tevoren schriftelijk bij ons aan te vragen. U dient hiervoor ons Aanvraagformulier Buitenland te gebruiken. Dit aanvraagformulier kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:

- Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.1);
- Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.4).

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

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100%	100%	100%	100%	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.

2.3 Zwangerschap en bevalling

Eigen bijdrage en boven maximale vergoeding bij poliklinische bevalling

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	-	-	-	Maximaal € 250 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Bevallingen worden vergoed vanuit uw basisverzekering. Voor deze zorg betaalt u een verplichte eigen bijdrage en mogelijk een bedrag boven de maximale wettelijke vergoeding. De vergoeding vanuit deze aanvullende verzekering geldt voor die eigen bijdrage en de kosten boven maximale vergoeding.
- De vergoeding geldt alleen voor de verzekerde die is bevallen.

Toelichting:
- Met 'bevalling poliklinisch' bedoelen wij een bevalling in het ziekenhuis zonder medische noodzaak.

Eigen bijdrage Kraamzorg

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	-	-	Maximaal € 125 per kalenderjaar	Maximaal € 150 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Kraamzorg wordt vergoed vanuit uw basisverzekering. Voor deze zorg betaalt u een verplichte eigen bijdrage. De vergoeding vanuit deze aanvullende verzekering geldt voor die eigen bijdrage.
- De vergoeding geldt alleen voor de verzekerde die is bevallen.
- Het gaat hierbij om kraamzorg thuis of bij opname in een kraamhotel of ziekenhuis (zonder medische noodzaak).

Kraampakket

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	-	-	Ja	Ja

Voorwaarden:

- U krijgt van ons een kraampakket als u op het moment van aanvragen van het pakket zwanger bent en bij ons verzekerd.
- U kunt het kraampakket via kraampakket.nl/asr-gratis-kraampakket aanvragen.

Anticonceptie vanaf 21 jaar

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100%	100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- Vergoeding voor anticonceptie vanaf 21 jaar.
- Alle geneesmiddelen en hulpmiddelen die geregistreerd staan als anticonceptie in de Z-index. De registratie van een geneesmiddel kunt u navragen bij uw apotheek. Voor meer informatie over Z-Index zie: z-index.nl/g-standaard.
- De aanschafkosten van een anticonceptiespiraaltje (IUD) worden alleen vergoed als deze gekocht wordt bij een apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- Wij vergoeden geen:
  - Kosten voor het plaatsen van een anticonceptiespiraaltje (IUD), deze kosten vallen onder uw basisverzekering.

2.4 Orthodontie

Orthodontie (tot 18 jaar)

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	-	-	75% maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij ons verzekerd bent	75% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij ons verzekerd bent. In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Deze vergoeding telt mee voor het maximum bedrag van €1.000

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- Vergoeding die al door ons is verleend op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht. Ook wanneer u in het verleden bij ons verzekerd bent geweest.
- 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.

2.5 Hulpmiddelen

Vergoeding wettelijke eigen bijdrage voor aanschaf van orthopedische schoenen, allergeenvrije schoenen, brillenglazen en contactlenzen

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100%	100%	100%	100%	100%

Voorwaarden:
- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage bij aanschaf van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in het Reglement Hulpmiddelen.
- Wij vergoeden geen:
  - Wettelijke eigen bijdrage van hoortoestellen.

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

Het Reglement Hulpmiddelen kunt u vinden op:
www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
100%	100%	100%	100%	100%

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

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

2.6 Mantelzorg

Mantelzorg (vervangend)

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
Maximaal € 150 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft via Handen in Huis	Maximaal € 300 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft via Handen in Huis	Maximaal € 600 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft via Handen in Huis	Maximaal € 900 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft via Handen in Huis	Maximaal € 1.200 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft via Handen in Huis

Voorwaarden:
- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de verzekerde die zorg nodig heeft als de vaste mantelzorgers afwezig zijn.
- Zowel de vaste mantelzorger als de verzekerde die zorg nodig heeft kunnen aanspraak maken op deze dekking.
- Vergoeding geldt per verzekerde die zorg nodig heeft eenmalig per kalenderjaar.
- U krijgt de zorg geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Zij beoordelen of u in aanmerking komt voor deze zorg.

Toelichting:

- Meer informatie vindt u op www.handeninhuis.nl.

Mantelzorgmakelaar/mantelzorgcoach/mantelzorgcursus

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen	Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen	Maximaal € 400 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen

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

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

2.7 Begeleiding en nazorg bij kanker

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	-	-	Maximaal € 500 per kalenderjaar	Maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

Coaching rondom kanker
- Vergoeding geldt voor de kosten van een coach die u via 'Coaching rondom kanker' heeft gekregen.
- Meer informatie vindt u op coachconnectbijkanker.nl. Het telefoonnummer is
- (085) 401 94 37. Geef hierbij aan dat u bij ons verzekerd bent.
- Oncologische sportprogramma's
- Vergoeding geldt voor deelname aan een oncologisch sportprogramma via de programma's OncoNet, Cyto fys of Stichting Tegenkracht.

Toelichting:
- De kosten voor een eventueel benodigd sportmedisch onderzoek worden niet betaald vanuit 'Begeleiding en nazorg bij kanker'. Als u de ZorgBewust, ZorgGoed, ZorgBeter of ZorgBest hebt afgesloten kan wel een vergoeding plaats vinden vanuit het artikel `Sportmedisch onderzoek`.

2.8 Preventie

a.s.r. Vitality Gezondheidscheck (fysiek)

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
Eenmaal per 12 maanden gezondheidscheck Fysieke check via BENU	Eenmaal per 12 maanden gezondheidscheck Fysieke check via BENU	Eenmaal per 12 maanden gezondheidscheck Fysieke check via BENU	Eenmaal per 12 maanden gezondheidscheck Fysieke check via BENU	Eenmaal per 12 maanden gezondheidscheck Fysieke check via BENU

Toelichting:
- U kunt de check doen via benu.nl/services/gezondheidscheck/maak-een-afspraak.

Sportmedisch onderzoek

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	ZorgBewust	ZorgGoed	ZorgBeter	ZorgBest
-	Maximaal € 75 per 24 maanden	Maximaal € 100 per 24 maanden	Maximaal € 150 per 24 maanden	Maximaal € 200 per 24 maanden

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

Toelichting:
- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

Gehoorbescherming

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
-	75% tot maximaal €30 per twee kalenderjaren	75% tot maximaal €60 per twee kalenderjaren	75% tot maximaal €60 per twee kalenderjaren	75% tot maximaal €90 per twee kalenderjaren

Voorwaarden:
- De vergoeding geldt alleen voor de volgende Custom Fit oordoppen van Pluggerz
  - Music, Music Premium, Music 2-in-1
  - Road, Road Premium
  - Water
  - Travel
  - Sleep, Sleep Side Sleeper
  - Quiet, Quiet 2-in-1
  - Pro, Pro Premium, Pro detec
- De oordoppen kunt u bestellen via shop.pluggerz.com/kortingsactie-asr
- Naast de vergoeding achteraf krijgt u met kortingscode EnjoyLifeASR25 20% korting tijdens uw aankoop.

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
-	-	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 100 per kalenderjaar	Maximaal € 250 per kalenderjaar

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

Toelichting:
- De vaccinaties mogen worden gegeven door uw huisarts, de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie. De preventieve geneesmiddelen worden via de apotheek geleverd.
- Lees meer op:
  - LCR.nl
  - ggdreisvaccinaties.nl
  - meditelopreis.nl
  - thuisvaccinatie.nl

Preventieve cursussen

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
75% tot maximaal € 100 per kalenderjaar	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar	75% tot maximaal € 300 per kalenderjaar	75% tot maximaal € 400 per kalenderjaar

Voorwaarden:
- Vergoeding voor gezondheidscursussen waarmee we een reeks van lessen gegeven door een gediplomeerd zorgaanbieder bedoelen. Deze lessen moeten u of uw medeverzekerde helpen de gezondheid te verbeteren en/of u beter leren omgaan met een ziekte. Hieronder vallen de cursussen:
  - Algemene cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging, bijvoorbeeld valpreventie
  - Eerste hulp bij kinderongevallen
  - EHBO
  - Hartproblemen
  - Reanimatie
  - Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew
  - Zelfmanagement lymfoedeem
- 'Hartproblemen' is alleen bedoeld voor mensen met hartproblemen. Deze cursus moet zijn georganiseerd door een thuiszorgorganisatie.
- 'Reanimatie' is een basiscursus en moet worden gegeven volgens de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad.
- 'Reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew' is alleen bedoeld voor mensen die reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew hebben. Deze cursus moet worden georganiseerd door de Reumapatiëntenbond of een thuiszorgorganisatie.
- Zelfmanagement lymfoedeem moet worden georganiseerd door een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd.
- Wij vergoeden geen:
  - Zwangerschapscursus, zwangerschapsgym of zwangerschapsyoga;
  - Cursus babymassage;
  - Overige zwangerschap gerelateerde cursussen.

Leefstijlcoaching

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
-	100% online leefstijlprogramma Dokter Tamara	100% online leefstijlprogramma Dokter Tamara	100% online leefstijlprogramma Dokter Tamara	100% online leefstijlprogramma Dokter Tamara

Voorwaarden:
- Zie doktertamara.nl/leefstijlprogramma.

Slaapcoaching

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
-	75% tot maximaal € 100 per kalenderjaar via Somnox	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox

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

2.9 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/zorg-voor-jezelf.

Leefstijlprogramma (Jouw leefstijlprogramma)

Wat krijgt u vergoed?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.	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?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U kiest zelf hoe u de 3 consulten wilt inzetten. Het is mogelijk om zowel consulten bij een diëtist én mental coach te plannen, zo lang het maximum van 3 consulten tezamen niet wordt overschreden.
- Als u het totaal van 3 consulten voor het kalenderjaar heeft overschreden, kunnen extra consulten via de app aangekocht worden.

Toelichting:
- Via de Zorg voor jezelf app, plant u een consult 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?				
ZorgBasis	**ZorgBewust**	**ZorgGoed**	**ZorgBeter**	**ZorgBest**
Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.	Maximaal 3 consulten à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

Voorwaarden:
- U kiest zelf hoe u de 3 consulten wilt inzetten. Het is mogelijk om zowel consulten bij een diëtist én mental coach te plannen, zo lang het maximum van 3 consulten tezamen niet wordt overschreden.
- Als u het totaal van 3 consulten voor het kalenderjaar heeft overschreden, kunnen extra consulten via de app aangekocht worden.

Toelichting:
- Via de Zorg voor jezelf app, plant u een consult 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

3. Tandarts

Wat krijgt u vergoed?				
TandBewust	**TandGoed**	**TandBeter**	**TandBest**	**TandPlus**
Maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. LET OP: - Geen vergoeding voor 'Uitgebreide behandelingen'. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maxximaal 75% vergoed. Voor mondzorg-codes M01, M02 en M03 geldt een maximum van 30 minuten per persoon per kalenderjaar - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 75% vergoed	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 75% vergoed. Voor mondzorg-codes M01, M02 en M03 geldt een maximum van 40 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 75% vergoed	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen wroden maximaal 100% vergoed. Voor mondzorg-codes M01, M02 en M03 geldt een maximum van 45 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed. Voor mondzorg-codes M01, M02 en M03 geldt een maximum van 50 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed	Maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed. Voor mondzorg-codes M01, M02 en M03 geldt een maximum van 60 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed

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

Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen

Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2025 voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C codes (m.u.v. C014 Pocketregistratie en C015 Parodontiumregistratie)
  - Preventieve mondzorg: M codes
  - Verdoving: A codes (m.u.v. A20 algehele narcose en C84 voorbereiding behandeling onder algehele narcose. Deze codes kunnen onder voorwaarden en na machtiging vergoed worden vanuit de basisverzekering.)
  - Vullingen: V codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
  - Mondbeschermer M61.
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden.

Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 2.4.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Eigen bijdragen.

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

Uitgebreide behandelingen

Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2025 voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C014 Pocketregistratie en C015 Parodontiumregistratie
  - Chirurgische ingrepen: H codes
  - Maken en beoordelen foto's: X codes (behalve X25 maken en beoordelen meerdimensionale kaakfoto)
  - Verdoving door middel van een roesje: B codes
  - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
  - Kronen en bruggen: R codes
  - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes
  - Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
  - Tandvleesbehandelingen (parodontologie): T codes
  - Implantaten (bij partiële protheses): J codes
- U wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Als u door een kaakchirurg wordt behandeld en de zorg valt niet onder de basisverzekering, dan kunt u de kaak chirurgische behandeling declareren onder deze aanvullende verzekering.
- Als u voor een behandeling naar de kaakchirurg gaat en deze behandeling valt onder de basisverzekering, is het eigen risico van toepassing.
- Wij vergoeden geen:
  - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 2.4.
  - Bleken (codes E97 en E98) als er geen sprake is van een medische indicatie.
  - Facings (codes R72, R78 en R79) als er geen sprake is van een medische/tandheelkundige indicatie.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
  - Eigen bijdragen.

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

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

Voorwaarden:

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

4. Modules

4.1 Bril en lenzen

Met de bril en lenzen module krijgt u exclusief bij Pearle Opticiens, GrandOptical en Eye Wish Opticiens een vergoeding voor een bril of lenzen. Voor onze bril en lenzen module betaalt u een aparte premie per maand en ontvangt u de volgende unieke vergoeding op de aanschaf van lenzen of een complete bril:

Contactlenzen

Wat krijgt u vergoed?
Totaal maximaal € 100 vergoeding bij aankoop van een halfjaar- of jaarpakket met zachte dag-, week-, of maandlenzen.

Enkelvoudige of multifocale bril

Wat krijgt u vergoed?
Totaal maximaal € 100 vergoeding bij aankoop van een complete enkelvoudige of multifocale bril met **dunne** glazen.

Daarnaast komt u nog steeds in aanmerking voor eventuele kortingen vanuit Eye Wish, Pearle of GrandOptical.

Zo werkt het

- U betaalt de aparte premie voor deze module
- U loopt binnen bij één van de ruim 500 Pearle, GrandOptical of Eye Wish winkels in Nederland
- U kiest voor een halfjaar- of jaarpakket lenzen of een complete bril met dunne glazen
- U krijgt per kalenderjaar de totale vergoeding van € 100 op het aankoopbedrag aan de kassa bij Pearle, GrandOptical of Eye Wish.

Voorwaarden

- U bent 18 jaar of ouder
- De vergoeding is eenmaal per kalenderjaar en geldt alleen in Pearle, GrandOptical of Eye Wish winkels
- U krijgt de vergoeding direct aan de kassa. Dat betekent dat u de aankoopbon dus niet in hoeft op te sturen voor een vergoeding
- Als de bril of lenzen goedkoper zijn dan de vergoeding, dan krijgt u geen geld retour aan de kassa
- De vergoeding op een bril bij GrandOptical of Eye Wish geldt bij minimaal dunne (1.6) glazen met ultra clean ontspiegeling en bij Pearle bij minimaal een Zilver glaspakket
- De vergoeding geldt niet voor harde lenzen, jaarlenzen en nachtlenzen
- De vergoeding geldt niet op lenzen via het lenzenabonnement van Pearle, GrandOptical of Eye Wish
- De vergoeding geldt niet voor lenzenvloeistof

Kinderbril

Kinderen tot en met 12 jaar krijgen bij Eye Wish Opticiens een gratis kindermontuur ter waarde van maximaal € 100 bij aankoop van een complete kinderbril, voorzien van dunne glazen met ultra clean ontspiegeling. Voor deze vergoeding is het afsluiten van bril en lenzen module niet nodig. Kinderen tot en met 12 jaar krijgen in combinatie met de bril en lenzen module geen aanvullende vergoeding. Kinderen onder de 18 jaar die een normale bril en geen kinderbril kopen krijgen geen vergoeding.

Het verschil tussen een enkelvoudige en multifocale bril
In een multifocale bril zijn meerdere sterktes verwerkt en deze bril corrigeert dus op meerdere afstanden. Denk hierbij aan een combinatie van een bril voor veraf en een leesbril. Een enkelvoudige bril corrigeert alleen voor dichtbij óf veraf.

Wat houdt een 'Smart' of een 'Zilver' glaspakket in?
GrandOptical en Eye Wish bieden het Smart glaspakket aan. Dit zijn dunne (1.6) glazen die kraswerend, anti-reflecterend, waterafstotend, vuilbestendig en anti-statisch zijn. Kiest u voor het glaspakket Easy dan ontvangt u € 75 vergoeding op uw bril in plaats van € 100.

Bij Pearle kiest u minimaal voor het Zilver glaspakket. Deze glazen zijn dun (1.6), kraswerend, ontspiegeld, en uitgevoerd met UV-wering en harding. Kiest u voor het glaspakket Basis of Brons dan ontvang t u € 75 vergoeding op uw bril in plaats van € 100.

4.2 Ongevallendekking Fysio & Tand

Wat is de Ongevallendekking Fysio & Tand?

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

Dekking
- Tot €20.000 vergoeding van zorgkosten na een ongeval.
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- Als in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Ongevallendekking Fysio & Tand. In dit volgende kalenderjaar spreken we eerst weer een eventuele vergoeding op uw basisverzekering of aanvullende verzekering over dat jaar aan.

Welke zorg vergoeden wij?
Na een ongeval, vergoeden wij:

Fysiotherapie/manuele therapie/oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijgt u vergoed?
100% Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden we tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Voorwaarden:
- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (psychosomatische) fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Wij vergoeden ook de eigen bijdrage van € 5 per behandeling op de ZorgBeter (10e t/m 12e behandeling) en ZorgBest (10e t/m 18e behandeling).
- Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden wij tot 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

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

Tandartskosten bij schade aan uw tanden (inclusief kunstgebit en implantaten)

Wat krijgt u vergoed?
100%

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

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

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

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

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

Zo declareert u een nota via internet:
- Ga naar mijnzorg-ikkieszelf.asr.nl als u een Ik kies zelf van a.s.r. polis heeft
- Ga naar asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering als u een a.s.r. polis heeft
- Log in met de gegevens van Mijn Zorg van a.s.r.
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

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

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

Wat is een ongeval?
Een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis, waarbij de inwerking van een externe oorzaak leidt tot fysiek letsel en waarbij geen sprake is van opzettelijk geweld of voedselvergiftiging. Bijvoorbeeld een val, waarbij de oorzaak van de val mede bepalend is.

Het letsel moet objectief vastgesteld kunnen worden door een arts en in verband gebracht kunnen worden met het ongeval. Als wij hierover twijfelen kunnen wij jou vragen aanvullende informatie dat dit verklaart toe te sturen.

Het eten, kauwen en drinken van etenswaren, waaronder snoep, zoetwaren en noten, wordt niet als een ongeval beschouwd. Gebitsschade die daardoor is ontstaan of verergerd is uitgesloten van de dekking. Ook voorvallen waarbij u vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder het begrip ongeval. Denk daarbij aan het openen van een fles met uw tanden, het kauwen of bijten op harde voorwerpen, het niet dragen van gebitsbescherming bij sporten waar dat wel nodig is en schade aan het gebit door een ziekte.

Wij vergoeden alleen de kosten tot herstel van de schade tot een conditie en functie die vergelijkbaar is met de conditie en functie zoals deze voorafgaand aan het ongeluk is. Er is geen aanspraak op een verbetering van deze conditie en functie. Bijvoorbeeld: als u gebitsschade hebt opgelopen, maar al een aantal tanden mist, dan vergoeden wij de vervanging van tanden die u al miste niet.

Onder een ongeval vallen ook de volgende gebeurtenissen
- U krijgt ongewild een stof of voorwerp binnen waardoor u inwendig letsel of een vergiftiging oploopt. Allergenen of ziektekiemen horen niet bij de stoffen die we bedoelen.
- U raakt besmet of vergiftigd door een onvrijwillige val in water of een andere vaste of vloeibare stof. Of u gaat er zelf in om uzelf, een andere persoon, of een dier te redden.
- U loopt letsel op door bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontladingen of bijtende stoffen.
- U loopt letsel op na een ramp. Bijvoorbeeld letsel door verhongering, dorst, uitputting of als u geïsoleerd raakt door een lawine.
- U scheurt spieren of bindweefsel, of u loopt een verstuiking of een ontwrichting op, behalve als dat is tijdens het beoefenen van een gevaarlijke (winter)sport. Onder de kop 'Wat zijn gevaarlijke sporten?' leest u wat wij bedoelen met gevaarlijke sporten.
- U krijgt complicaties of uw letsel verergert door de eerste hulp die u krijgt na een ongeval, of door een noodzakelijke behandeling die u na het ongeval krijgt (op voorschrift) van een bevoegde arts.
- U krijgt een wondinfectie of bloedvergiftiging door letsel dat u oploopt door het ongeval.
- U raakt tijdens een behandeling in een ziekenhuis besmet met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald. De behandeling moet voorgeschreven en uitgevoerd worden door een bevoegde arts of verpleegkundige, en plaatsvinden in een ziekenhuis dat door bevoegde instanties erkend wordt.

Zijn er extra voorwaarden aan een ongeval?
- 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 u erna nodig hebt in Nederland.
- Wilt u zeker zijn dat u ook in het buitenland volledig en wereldwijd bent gedekt voor ongevallen en spoedeisende zorg? Kies dan voor de Buitenland module.
  Let op: de Buitenland module (Artikel 4.3) is inclusief deze Ongevallendekking Fysio & Tand.

Wat vergoeden wij niet?
- Vervanging of beschadiging van bril of lenzen en hoortoestellen
- Uw eigen risico en eigen bijdrage
- Behandelingen die later dan 12 maanden na het ongeval plaats hebben gevonden

Welke ongevallen vergoeden wij niet?
De service geldt niet voor ongevallen:
- die zijn ontstaan voor de ingangsdatum van de Ongevallendekking Fysio & Tand.
- die met opzet of roekeloos handelen gebeuren door jou of één van de andere verzekerden op jouw polis. Of door iemand anders die belang heeft bij de Ongevallendekking Fysio & Tand.
- Wat is opzet?
  - u doet iets met het doel om een ongeluk te krijgen;
  - een actie van iemand die belang heeft bij deze Ongevallendekking Fysio & Tand. Het ongeval is dan het bedoelde of zekere gevolg van die actie.
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een gevaarlijke sport;
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een sport waarbij u niet voldoende voorzorgsmaatregelen hebt genomen (bijvoorbeeld niet dragen van een bitje of helm bij een sport, waarbij dit wel gebruikelijk is);
- die ontstaan zijn tijdens het sporten en niet door een ander veroorzaakt zijn, zoals reguliere sportblessures als spierblessures, hamstringblessure, zweepslag, etc.;
- die ontstaan zijn door overmatig alcoholgebruik. Dat betekent dat u op het moment van het ongeval meer dan 0,8 promille (350 µg/l) alcohol in uw bloed had. U kunt geen aanspraak maken op de Ongevallendekking Fysio & Tand als u na een ongeval een ademtest of een urine- of bloedproef weigert;
- die ontstaan zijn terwijl u soft- en/of harddrugs hebt gebruikt. Dit geldt niet als u deze middelen gebruikt op voorschrift van een arts. U moet zich dan wel aan de gebruiksaanwijzing houden;

- die volgens wet- of regelgeving of door een andere verzekering al worden vergoed of vergoed zouden worden als u niet bij ons verzekerd was geweest.
- die voortgekomen zijn vanuit een arbeidsongeval. De kosten moeten verhaald worden op de werkgever of op de opdrachtgever. Onder een arbeidsongeval verstaan wij: een aan een werknemer in verband met het verrichten van arbeid overkomen ongewilde, plotselinge gebeurtenis, die schade aan de gezondheid tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad en heeft geleid tot ziekteverzuim, of de dood tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad.

Wat zijn gevaarlijke sporten?
- Auto- en motorsporten: Alle auto- en motorsporten en alle sporten die op een racecircuit plaatsvinden.
- Bergsporten: Abseilen, bouldering, sportklimmen, yetiballing.
- Luchtsporten: Basejump, bungyspringen, catapulting, death ride, delta vliegen, fly by wire, formatie springen, hangliding, parachutespringen, paragliding, parapenten, parasailing, skydiving, skysurfing, stuntvliegen, ultralight vliegen.
- Vechtsporten: Alle vechtsporten zoals Oosterse gevechtssporten, (kick)boksen, worstelen etc.
- Watersporten: Jetskiën, powerboat of offshore racen, freediving, jetboating, skyboot, solovaren (niet op binnenwater), tubing, wrakduiken, zeekanoën (zonder deskundige begeleiding), cliffjumping, grotduiken.
- Wintersporten: Bobsleeën, monoskiën, ijsduiken, ijshockey, rodelen, free-stylefiguurspringen, paraskiën, skeleton, skijøring.
- Overige sporten: Gevaarlijke/extreme sporten, zoals kite-buggy, rugby, freerunning.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?
- Zorgkosten van de Ongevallendekking Fysio & Tand krijgt u pas vergoed als deze kosten niet door uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en u aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven. Als het ongeluk veroorzaakt is door een derde zullen wij (een deel van) de kosten op de derde verhalen.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin het ongeval plaatsvond.
- Woont u in het buitenland? Dan vergoeden wij uw kosten als:
  - het ongeluk in jw woonland of Nederland heeft plaatsgevonden. In dit geval betalen wij nooit meer dan dat wij betalen voor dezelfde zorg in Nederland.
- Woont u in Nederland? Dan vergoeden wij geen kosten van een ongeval in het buitenland, tenzij:
  - u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont en een ongeluk krijgt op niet verder dan 50 kilometer van uw woonadres. In dit geval betalen wij nooit meer dan wij vergoeden voor dezelfde zorg in Nederland. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van de Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

Wat krijgt u maximaal vergoed?
U krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:
- Het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.
- Het op dat moment vastgestelde maximumtarief door de Wet Marktordening Gezondheidszorg.
- Of het door ons bepaalde maximale tarief.
- € 20.000,- aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.

4.3 Buitenland (inclusief Ongevallendekking Fysio & Tand)

Wat is de Buitenland module?
Met de Buitenland module bent u verzekerd voor spoedeisende zorg in het buitenland. Het gaat om de kosten die niet worden vergoed vanuit de basisverzekering en uw aanvullende verzekering.

Let op: de Buitenland module is inclusief de hierboven (Artikel4.2) genoemde Ongevallendekking Fysio & Tand.

Wat krijgt u vergoed in het buitenland?

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Wat krijgt u vergoed?
100%

Voorwaarden:
- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig heeft moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.

Toelichting:
- Met spoedeisende zorg bedoelen wij zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van een acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Wat krijgt u vergoed?
100%

Voorwaarden:
- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig heeft moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering brengen wij in mindering op deze vergoeding.
- Toelichting:
- Met spoedeisende zorg bedoelen wij zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van een acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

SOS hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?
100%

Toelichting:
- SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval. Het telefoonnummer is +31 (0)20 651 51 51. U kunt online medische reishulp vragen via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig/. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?
- Zorgkosten van de Buitenland module krijgt u pas vergoed als deze kosten niet door uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en u aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven. Als het ongeluk veroorzaakt is door een derde zullen wij (een deel van) de kosten op de derde verhalen.
- Kosten die onder het eigen risico van de zorgverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Woont u in het buitenland? Dan vergoeden wij uw kosten als:
  - het ongeluk in uw woonland of Nederland heeft plaatsgevonden. In dit geval betalen wij nooit meer dan dat wij betalen voor dezelfde zorg in Nederland.
- Woont u in Nederland? Dan vergoeden wij geen kosten van een ongeval in het buitenland, tenzij:
  - u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont en een ongeluk krijgt op niet verder dan 50 kilometer van uw woonadres. In dit geval betalen wij nooit meer dan wij vergoeden voor dezelfde zorg in Nederland. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van de Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route.

- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

Wat krijgt u maximaal vergoed?
U krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:
- Het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.
- Het op dat moment vastgestelde maximumtarief door de Wet Marktordening Gezondheidszorg.
- Of het door ons bepaalde maximale tarief.

5. Algemene voorwaarden

Wanneer vergoeden we niet?
- Als u ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van uw verzekering, bij het declareren van een nota of als u een belangrijke wijzigingen niet hebt doorgegeven.
- Als u zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van oudere datum 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 andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als u volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- U heeft alleen recht op een vergoeding als u de zorg krijgt in de periode waarin u bij ons verzekerd bent.
- Zorgkosten die u heeft gemaakt in de periode dat u nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.
- Consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde vergoeden we niet, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend.

We vergoeden ook niet:
- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Kosten van:
- Celtherapie.
  - Een niet nagekomen afspraak.
  - Keuringen en verklaringen met uitzondering van uw sportmedisch onderzoek en blessureconsulten.
  - Fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut.
  - Kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties.

Wat vergoeden we als u schade heeft door terrorisme?
In deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). Lees hier meer over in de Clausule Terrorismedekking.

Waar is uw verzekering op gebaseerd?
Uw verzekering sluiten wij voor u af op basis van de gegevens die u of uw vertegenwoordiger ons verstrekt. U bent verplicht om alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor de informatie die u ons geeft over iemand die u wilt meeverzekeren.

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.

Wanneer begint uw aanvullende zorgverzekering?
- De verzekering gaat voorlopig in op de datum dat we uw aanvraag hebben ontvangen en gaat definitief in als we uw aanvraag hebben geaccepteerd. De ingangsdatum van uw polis staat op uw polisblad die u via Mijn Zorg van a.s.r. kunt inzien.

- U heeft 14 dagen bedenktijd zodra u de verzekering afsluit. In die periode kunt u, zonder enige verplichting, de verzekering ongedaan maken. De premie die u dan al heeft betaald, betalen we u volledig terug. Eventueel al betaalde zorg op deze verzekering vorderen we bij u terug.
- Uw aanvullende zorgverzekering geldt voor onbepaalde tijd. U heeft elk jaar de mogelijkheid om uw verzekering op te zeggen. Dit gebeurt dan per 1 januari van het volgende jaar.

Wanneer en hoe kunt u de aanvullende zorgverzekering wijzigen?
U kunt wijzigingen voor uw aanvullende zorgverzekering via Mijn Zorg van a.s.r. of telefonisch aan ons doorgeven.
Een wijziging van uw dekking gaat dan in per 1 januari van het volgende jaar. Sluit deze aanvullende verzekering aan op een andere aanvullende verzekering? Dan wordt bij het bepalen van uw vergoeding ook gekeken naar:
- Uitkeringen die u heeft gekregen op uw vorige aanvullende verzekering.
- De termijn waarop u recht heeft op een vergoeding

Kunt u een aanvullende verzekering afsluiten als u in het buitenland woont?
De aanvullende verzekering kan door iedereen worden afgesloten die in Nederland verzekeringsplichtig is.

Is uw kind jonger dan 18 ook verzekerd?
Een kind jonger dan 18 jaar krijgt dezelfde aanvullende verzekering als die van de verzekeringnemer. Bij een wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van het kind automatisch mee.

Wat als uw kind 18 wordt?
Zes weken voorafgaand aan de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, sturen wij een voorstel voor een volwassenen-verzekering. Reageert u hier niet op, dan berekenen we een premie die overeenkomt met uw bestaande aanvullende verzekering. De verzekering gaat dan in op de eerste van de maand die volgt op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?
- Zorgkosten van de aanvullende verzekeringen krijgt u pas vergoed als deze kosten niet door uw basisverzekering worden vergoed en u aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven.
- Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling.

Wat krijgt u maximaal vergoed?
U krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:
- Het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.
- Het op dat moment vastgestelde maximumtarief door de Wet Marktordening Gezondheidszorg.
- Of, het door ons vastgestelde maximale tarief. Hieronder verstaan wij het gemiddelde tarief dat wij voor u behandeling hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent in veel gevallen 100% vergoeding maar het kan ook betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt.
- Paramedische zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Wat als we meer vergoeden?
Hebben we meer vergoed dan we hadden moeten vergoeden? Dan hebben we het recht om het bedrag dat we teveel hebben betaald terug te vorderen.

Kunnen wij premie en voorwaarden wijzigen?
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.

Hoe betaalt u premie?
Voor uw aanvullende zorgverzekering bij a.s.r. betaalt u elke maand een premie. Deze premie betaalt u per maand vooruit. De premie wordt maandelijks rond dezelfde datum automatisch van uw rekening afgeschreven. Bij jaarbetaling incasseren wij eenmalig vooraf. 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.

Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van a.s.r., bepaalt a.s.r. op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

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

Premieachterstand
- Als we uw premie niet kunnen afschrijven van uw rekening, krijgt u hierover bericht. U heeft dan een 'premieachterstand'.
- In de aanmaning vragen wij u zo snel mogelijk, maar zeker binnen 14 dagen te betalen. Als u niet betaalt sturen we u nog een aanmaning waarin we u melden dat bij geen tijdige betaling we de aanvullende verzekering stoppen.
- Dat betekent dat u vanaf dat moment alleen nog een basisverzekering heeft. Ook stoppen we uw jaarabonnement, als u die heeft.
- Daarnaast dragen we uw schuld over aan de gerechtsdeurwaarder. Vanaf dat moment moet u het verschuldigde bedrag betalen aan de gerechtsdeurwaarder.
- Wij kunnen het achterstallige bedrag verrekenen met eventueel uit te betalen vergoedingen.

Betalingsachterstand eigen risico
- Hebt u een betalingsachterstand van uw eigen risico van 35, 55 of 75 dagen? Dan sturen we u een aanmaning. Daarin vragen we u zo snel mogelijk het bedrag te betalen.
- Staat het bedrag na 95 dagen nog steeds niet bij ons op de rekening? Dan dragen we uw schuld over aan het incassobureau. Vanaf dat moment moet u het verschuldigde bedrag betalen aan het incassobureau.

Krijg ik premie terug bij een tussentijdse opzegging?
Zegt u de verzekering tussentijds op? Dan krijgt u de lopende premie naar verhouding terug. Behalve in het geval van fraude. Dan zeggen we uw verzekering op.

Hoe declareert u een nota?
U moet binnen 3 jaar (gerekend vanaf de behandeldatum) de originele nota's van uw zorgkosten bij ons indienen. Deze nota's moeten dan zo worden ingediend dat we zonder verdere navraag eruit kunnen opmaken welke kosten wij moeten vergoeden. Uw nota wordt sneller behandeld als u deze digitaal instuurt via onze app of via de mijnomgeving. Als u alle nota's apart (digitaal) instuurt, vindt de verwerking sneller plaats dan allerlei nota's bij elkaar.

Hebt u de a.s.r. Zorg App nog niet? Download de app voor Android of Apple!

Zo declareert u een nota via internet:
- Ga naar mijnzorg-ikkieszelf.asr.nl als u een Ik kies zelf van a.s.r. polis heeft
- Ga naar asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering als u een a.s.r. polis heeft

- Login met de gegevens van uw Mijn Zorg
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

Of:
- Print het 'Declaratieformulier' en vul het in
- Stuur uw declaratie naar:
  a.s.r. Zorgverzekering
  T.a.v. Afdeling Declaraties
  Postbus 2072
  3500 HB Utrecht

Wij mogen de declaraties van de zorgaanbieders die u hebben geholpen ook rechtstreeks betalen aan de zorgaanbieder. Via Mijn Zorg van a.s.r. kunt u altijd uw declaraties inzien. Wij zullen niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, indien de zorgaanbieder onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Bij een rechtstreekse betaling aan de zorgaanbieder betalen we het volledige bedrag. Dat doen we ook als de declaratie niet in aanmerking komt voor een volledige vergoeding, bijvoorbeeld omdat er nog eigen risico verrekend moet worden. Of omdat er sprake is van een beperkte vergoedingsregeling. We zullen dit eigen risico of het bedrag boven de vergoedingsregeling rechtstreeks met u verrekenen.

Wat moet u doen als iemand anders aansprakelijk is voor uw zorgkosten (Regres)?

U bent verplicht:
- ons in te lichten en mee te werken bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- voordat u een regeling gaat treffen met de derde, of iemand die namens hem/haar optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - over de door hem/haar geleden schade, contact met ons op te nemen.

U mag niet zonder onze schriftelijke toestemming met de aansprakelijke derde, iemand die voor of namens de aansprakelijke derde optreedt - daaronder begrepen zijn/haar zorgverzekeraar - een regeling te treffen, waaronder mede is begrepen het verlenen van kwijting, waardoor onze rechten zouden worden benadeeld.

Als u zich geheel of gedeeltelijk niet houdt aan wat er in dit artikel staat, moet u de aan onze kant geleden schade aan ons vergoeden.

Als wij de kosten bij de aansprakelijke derde verhalen, passen we de maximumvergoedingen op de aanvullende verzekering niet ten gunste van u aan.

Hoe gaan we om met uw persoonlijke gegevens?
We gaan fatsoenlijk om met uw persoonlijke gegevens. We vragen u alleen om persoonlijke gegevens die nodig zijn om:
- Verzekeringen te kunnen afsluiten en te kunnen uitvoeren
- Fraude te voorkomen en te bestrijden
- U per e-mail commerciële aanbiedingen te doen. Wilt u dat niet? Dan kunt u dat natuurlijk aangeven. Ga daarvoor naar Mijn Zorg van a.s.r.

Als u onze website bezoekt:
- Bewaren we uw bezoekgegevens en bewaart uw browser een cookie. Dat doen we om u steeds relevantere informatie te kunnen aanbieden.
- Moet u inloggen op Mijn Zorg van a.s.r. met DigiD. Doordat u bij ons een zorgverzekering afsluit gaat u akkoord met een digitale polis en dat uw gegevens beveiligd zijn met DigiD. Hebt u geen DigiD dan kunt u deze aanvragen op DigiD.nl.
- Kunt u al uw persoonlijke gegevens altijd inzien en wijzigen via Mijn Zorg van a.s.r. Uw gegevens zijn beveiligd met een wachtwoord. U bent zelf verantwoordelijk voor het geheim houden van uw wachtwoord.

Correspondentie op papier ontvangen
Wij communiceren met u op digitale wijze. Wilt u toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kunt u hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. U krijgt op deze manier alsnog uw correspondentiestuk op papier. Uw verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat u opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvangt u gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

We houden ons aan:
De Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen en het addendum Zorgverzekeraars.
Meer informatie hierover vindt u in onze privacyverklaring op asrnederland.nl/privacyverklaring.
Vindt u dat we iets hebben gedaan in strijd met deze gedragscode? Vertel het ons dan. Komt u er met ons niet uit en vindt u ons gedrag nog steeds in strijd met deze gedragscode? Meld het dan bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening. We kunnen telefoongesprekken opnemen. De telefoongesprekken worden gebruikt voor het trainen van onze medewerkers. We kunnen de tekst van deze privacyverklaring wijzigen. Bijvoorbeeld als we starten met financiële diensten waarvoor andere regels gelden.

Hoe vraagt u een machtiging aan?
In sommige gevallen moet u een machtiging aanvragen. Neem hiervoor altijd contact met ons op: (030) 699 79 30.
Als we een machtiging afgeven dan:
- Is deze alleen geldig tijdens de looptijd van de verzekering.
- Is deze onder voorbehoud van wijzigingen in wet en regelgeving.

Hoe gaan wij om met zorg?
We willen de zorg, waarvoor u bent verzekerd, vergoeden. Tegelijkertijd willen we de premie zo laag mogelijk voor u houden. Dat bereiken we onder andere door het doen van steekproeven. We kijken dan of de zorg die we hebben vergoed wel de juiste zorg was voor een verzekerde. Alle steekproeven worden uitgevoerd volgens de Zorgverzekeringswet.

Wat gebeurt er bij detentie?
Uw verzekeringen en jaarabonnement worden onderbroken in de periode dat u gedetineerd bent. Zodra de detentie eindigt, zijn uw rechten en plichten weer van kracht.

Wanneer kunnen we u aanvullende verzekering en jaarabonnement beëindigen?
- Als u premies, eigen bijdragen of andere tegoeden niet op tijd betaalt of weigert te betalen.
- Als u uw mededelingsplicht niet bent nagekomen.
- Als u heeft geprobeerd ons te misleiden en we met de juiste informatie nooit de aanvullende zorgverzekering met u hadden afgesloten.
- Uw verzekering eindigt op de in het opzeggingsbericht genoemde datum.
- Als vast is komen te staan dat er sprake is van fraude, oplichting of bedrog. De verzekering eindigt dan op de datum van de dagtekening van de brief waarmee we u dit meedelen. Dit kan voor ons reden zijn ook uw andere a.s.r. verzekeringen direct te beëindigen. Ook zullen we aangifte doen bij de politie en uw gegevens opnemen in een of meer registers die ook voor andere verzekeraars toegankelijk zijn.
- Als bij en/of na acceptatie van uw verzekering blijkt dat u bent geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten uw aanvullende verzekering met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Wanneer en hoe kunt u de verzekering beëindigen?
- U zegt uiterlijk op 31 december op online via Mijn Zorg van a.s.r.
- U maakt gebruik van een overstapservice naar een andere zorgverzekeraar.
- 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.

Zegt u de aanvullende zorgverzekering niet op? Dan wordt uw aanvullende zorgverzekering automatisch met een jaar verlengd.

Wanneer eindigt uw verzekering automatisch?
De verzekering eindigt automatisch wanneer:
- U overlijdt (uw nabestaanden moeten ons daarvan binnen twee maanden na uw overlijden op de hoogte brengen).
- U niet meer verzekerd bent op basis van de Wlz (of we moeten schriftelijk een andere overeenkomst hebben gesloten).
- U beroepsmilitair wordt.
- wij één maand van tevoren aangeven de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.

Welk recht geldt voor deze overeenkomst?
Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Wat mag u van ons verwachten?
Dat we:
- Redelijk zijn
- Respect voor u hebben
- U vertrouwen
- De zorg waarvoor u bent verzekerd, willen vergoeden
- Samen met u zoeken naar een goede oplossing als u zorg nodig hebt

Wat verlangen we van u?
Dat u:
- Eerlijk bent
- Respect voor ons hebt
- Al het redelijke doet om schade en zorg te beperken
- Ons binnen 30 dagen op de hoogte brengt van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, 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.
- De geboorte van een kind snel bij ons meldt. Als de geboorte binnen 4 maanden aan ons wordt gemeld, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekerden 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.
- Alle gebeurtenissen die voor ons tot een uitkeringsplicht kunnen leiden, zo snel mogelijk bij ons meldt
- Ons alle informatie zo snel mogelijk geeft die van belang is om onze uitkeringsplicht te beoordelen
- Volledig meewerkt en alles nalaat wat onze belangen zou kunnen schaden
- Altijd eerst contact met ons op neemt als u een regeling wilt treffen met een aansprakelijke derde
- Ervoor zorgt dat er elke maand genoeg saldo op uw betaalrekening staat, zodat we uw premie automatisch kunnen afschrijven

Als u hier niet aan voldoet?
Kan dat voor ons reden zijn om:
- Uw recht op uitkering te laten vervallen
- U een vergoeding te laten betalen voor de door ons geleden schade
- Uw aanvullende verzekeringen en jaarabonnement tijdelijk stop te zetten of te beëindigen

Wat gebeurt er in geval van 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 ons 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
Tijdens 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;
  - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van 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 een andere opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

Wilt u een heroverweging of heeft u een klacht?

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.

Klacht
Heeft u een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier www.asr.nl/over-asr/klachtenformulier. U kunt ook met ons bellen op 030 699 79 30 of een brief sturen naar a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vindt u dat uw klacht door ons 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.

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

6. 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 tevens als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur in een instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

Eigen bijdragen
Kosten van zorg die door de basisverzekering gedekt zijn, maar die u gedeeltelijk zelf moet meebetalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een percentage van de zorgkosten. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. U kunt zowel een eigen risico als een eigen bijdrage hebben voor uw verzekerde zorg.

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 a.s.r. 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 van het Kwaliteitshuis. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

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

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

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

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

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

Geriatrisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

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 tandarts–specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

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.

Lactatiekundige
Een in Nederland gevestigde lactatiekundige, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

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

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Maximale tarief
Het gemiddelde tarief dat wij voor uw behandeling hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.

Medisch adviseur
Een adviserend geneeskundige die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het Specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) of die ingeschreven is als arts Beleid en Advies (KNMG) in het door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ingestelde Profielregister en als zodanig werkzaam is 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.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

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

Ongeval
Een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis, waarbij de inwerking van een externe oorzaak leidt tot fysiek letsel en waarbij geen sprake is van opzettelijk geweld of voedselvergiftiging.

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

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

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

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

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

Psychosomatisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

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

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

Schoonheidsspecialist
Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met een registratie ANBOS.

SOS International
SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval in het buitenland. 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.

Spoedeisende zorg
Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van een acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

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

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

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

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

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

Verwijzing
Het advies van een zorgaanbieder of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgaanbieder of zorginstelling. 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
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.

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

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

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

Zorgverlener
Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

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

7. Contactgegevens

Ik kies zelf van a.s.r.
asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf

a.s.r.
asr.nl/contact
Telefoon: (030) 278 36 30

Bezoekadres:
Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht

Postadres:
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Afdeling Zorg Acceptatie
E-mail: zorg.polis@asr.nl

Afdeling Zorg Declaraties
E-mail: zorg.declaraties@asr.nl

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

a.s.r.
Zorgverzekeringen
Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht
www.asr.nl

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., KVK 32110823 Utrecht

57604_0125