a.s.r.



ik kies zelf

Polisvoorwaarden 2027

Aanvullende verzekeringen, tandartsverzekeringen en modules van a.s.r. en van 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 7
2.4 Orthodontie 9
2.5 Hulpmiddelen 9
2.6 Mantelzorg 10
2.7 Begeleiding en nazorg bij kanker 11
2.8 Preventie 12
2.9 Diensten via de Zorg voor jezelf app 16

3. Tandarts **21**

4. Modules **24**
4.1 Bril en lenzen 24
4.2 Ongevallendekking Fysio & Tand 25
4.3 Buitenland (inclusief Ongevallendekking Fysio & Tand) 28

5. Algemene voorwaarden **31**

6. Begripsomschrijvingen **39**

7. Contactgegevens **45**

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:
- ZorgInstap
- 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) 257 22 22.

2. Aanvullende verzekeringen

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

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding (wel vergoeding voor 6 digitale afspraken via de Zorg voor Jezelf app)
ZorgBasis	3 behandelingen per kalenderjaar
ZorgBewust	6 behandelingen per kalenderjaar
ZorgGoed	9 behandelingen per kalenderjaar
ZorgBeter	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.
ZorgBest	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.

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) (kinder) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, bekkenoefentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut, geriatrisch fysiotherapeut of geriatrisch oefentherapeut.
- 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:
- U heeft ook recht op maximaal **6 extra digitale afspraken** per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app. Zie hiervoor artikel 2.9 Diensten via de Zorg voor jezelf app.
- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. 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.
- 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/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 Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening);
  - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.4 Orthodontie).
- Voor meer informatie over zorg in het buitenland zie asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/buitenland.

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

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

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
ZorgBewust	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
ZorgGoed	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
ZorgBeter	100% voor de verzekerde onderdelen op uw aanvullende verzekering
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	100%
ZorgBewust	100%
ZorgGoed	100%
ZorgBeter	100%
ZorgBest	100%

Voorwaarden:
- Alleen als u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- Vergoeding van kosten die niet volledig op de basisverzekering gedekt zijn. De vergoeding vanuit de basisverzekering 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/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 Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening);
  - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 2.4 Orthodontie).

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

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	100%
ZorgBewust	100%
ZorgGoed	100%
ZorgBeter	100%
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Geen vergoeding
ZorgBeter	Geen vergoeding
ZorgBest	100%

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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Geen vergoeding
ZorgBeter	Maximaal € 125 per kalenderjaar
ZorgBest	100%

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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Geen vergoeding
ZorgBeter	100%
ZorgBest	100%

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-kraampakket aanvragen.

Anticonceptie vanaf 21 jaar

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	100% voor de pil (alleen tabletvorm)
ZorgBasis	100%
ZorgBewust	100%
ZorgGoed	100%
ZorgBeter	100%
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Geen vergoeding
ZorgBeter	75% maximaal € 500 gedurende de tijd die u voor orthodontie bij ons verzekerd bent
ZorgBest	75% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u voor orthodontie 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 in het verleden in een ander verzekeringsjaar door ons is verleend op deze of op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht. Ook wanneer dit niet direct voorafgaand aan het huidige verzekeringsjaar is geweest.
- Als u direct voorafgaand aan het huidige verzekeringsjaar bij ons verzekerd was met een aanvullende verzekering waarbij in het eerste jaar maximaal € 500,- voor orthodontie werd vergoed, dan geldt dat maximum voor het eerste jaar niet opnieuw.
- 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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	100%
ZorgBewust	100%
ZorgGoed	100%
ZorgBeter	100%
ZorgBest	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: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	100%
ZorgBewust	100%
ZorgGoed	100%
ZorgBeter	100%
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Maximaal € 150 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
ZorgBewust	Maximaal € 300 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
ZorgGoed	Maximaal € 600 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
ZorgBeter	Maximaal € 900 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft
ZorgBest	Maximaal € 1.200 per kalenderjaar per verzekerde die zorg nodig heeft

Voorwaarden:
- De zorg wordt uitgevoerd door een door ons erkende of gecontracteerde landelijk werkende organisatie voor mantelzorg. Deze organisaties kunt u vinden via asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/vergoedingen door te zoeken op 'vervangende mantelzorg' of door deze bij ons op te vragen.
- 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.

- De aanbieder van de zorg beoordeelt of u in aanmerking komt voor deze zorg.

Mantelzorgmakelaar/mantelzorgcoach/mantelzorgcursus

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen
ZorgGoed	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen
ZorgBeter	Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar voor mantelzorgmakelaar, - coach en - cursus tezamen
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Geen vergoeding
ZorgBeter	Maximaal € 500 per kalenderjaar
ZorgBest	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

Gezondheidscheck

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
ZorgBasis	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
ZorgBewust	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
ZorgGoed	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
ZorgBeter	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped
ZorgBest	Eenmaal per kalenderjaar a.s.r. Vitality Fysieke gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of Persoonlijke gezondheidscheck uitgevoerd door Niped

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

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

Sportmedisch onderzoek

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Maximaal € 75 per 24 maanden
ZorgGoed	Maximaal € 100 per 24 maanden
ZorgBeter	Maximaal € 150 per 24 maanden
ZorgBest	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?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	75% tot maximaal € 30 per twee kalenderjaren
ZorgGoed	75% tot maximaal € 60 per twee kalenderjaren
ZorgBeter	75% tot maximaal € 60 per twee kalenderjaren
ZorgBest	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 ASROORDOP27 20% korting tijdens uw aankoop.

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	Geen vergoeding
ZorgGoed	Maximaal € 100 per kalenderjaar
ZorgBeter	Maximaal € 100 per kalenderjaar
ZorgBest	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
  - meditel.nl/vaccinaties
  - Thuisvaccinatie.nl

Preventieve cursussen

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	75% tot maximaal € 100 per kalenderjaar
ZorgBewust	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar
ZorgGoed	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar
ZorgBeter	75% tot maximaal € 300 per kalenderjaar
ZorgBest	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.

Slaapcoaching

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Geen vergoeding
ZorgBasis	Geen vergoeding
ZorgBewust	75% tot maximaal € 100 per kalenderjaar via Somnox
ZorgGoed	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox
ZorgBeter	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox
ZorgBest	75% tot maximaal € 200 per kalenderjaar via Somnox

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

Lidmaatschap wandelbond KWbN

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Maximaal € 25 per kalenderjaar
ZorgBasis	Maximaal € 25 per kalenderjaar
ZorgBewust	Maximaal € 25 per kalenderjaar
ZorgGoed	Maximaal € 25 per kalenderjaar
ZorgBeter	Maximaal € 25 per kalenderjaar
ZorgBest	Maximaal € 25 per kalenderjaar

Voorwaarden:

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

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/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-voor-jezelf.

Leefstijlprogramma (Jouw leefstijlprogramma)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBasis	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBewust	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
ZorgGoed	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBeter	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBest	Toegang tot het gebruik van het op maat gemaakte 'Jouw leefstijl-programma' van 4 óf 8 weken via de Zorg voor jezelf app.

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

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

Diëtist

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBasis	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBewust	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgGoed	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBeter	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBest	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

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

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

Mental coach

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBasis	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBewust	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgGoed	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBeter	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBest	Maximaal 4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

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

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

Fysiotherapie

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	Maximaal 6 digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBasis	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBewust	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgGoed	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBeter	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBest	Maximaal 6 extra digitale afspraken per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.

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

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

Zorg voor Haar (Begeleiding voor vrouwen bij hormonale klachten)

Wat krijgt u vergoed?

Aanvullende verzekering	Vergoeding
ZorgInstap	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBasis	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBewust	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
ZorgGoed	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBeter	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.
ZorgBest	4 afspraken à 45 minuten per stuk per kalenderjaar vrij te verdelen over de mental coach en diëtist via de Zorg voor jezelf app.

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

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

3. Tandarts

Tandheelkundige behandelingen

Wat krijgt u vergoed?

Tandverzekering	Vergoeding
TandBewust	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 maximaal 75% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) geldt een maximum van 30 minuten per persoon per kalenderjaar - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 75% vergoed
TandGoed	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 uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes 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
TandBeter	Maximaal € 250 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) 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
TandBest	Maximaal € 500 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) 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
TandPlus	Maximaal € 750 per kalenderjaar voor de rubrieken 'Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen', 'Uitgebreide behandelingen' en 'Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland' tezamen. - Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen worden maximaal 100% vergoed - Voor uitleg, advies en het schoonmaken van je gebit (mondzorgcodes M01, M02 en M03) geldt een maximum van 60 minuten per persoon per kalenderjaar - Uitgebreide behandelingen worden maximaal 75% vergoed - Spoedeisende hulp in het buitenland wordt maximaal 100% vergoed

Wij vergoeden geen:

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

Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen

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

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

Uitgebreide behandelingen

Voorwaarden:
- Vergoeding van de prestatiecodes Mondzorg van de NZa op peildatum 1 januari 2027 voor:
  - Consultatie en diagnostiek: C014 Pocketregistratie en C015 Parodontiumregistratie
  - Chirurgische ingrepen: H codes
  - Maken en beoordelen foto's: X codes (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 Orthodontie.
  - Bleken (codes E97 en E98) als er geen sprake is van een medische indicatie.
  - Facings (code R79) als er geen sprake is van een medische/tandheelkundige indicatie.
  - Behandelingen bij kinderen tot 18 jaar.
  - Implantaten als er sprake is van plaatsing in een zeer ernstig geslonken tandloze kaak. Deze kosten vallen onder de basisverzekering. Hierop kan eigen risico van toepassing zijn.
  - Eigen bijdragen.

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

Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland

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

4. Modules

4.1 Bril en lenzen

Wij bieden een keuze uit twee verschillende bril en lenzen modules met verschillende hoogte van vergoeding. Met de bril en lenzen modules krijgt u exclusief bij Pearle Opticiens en GrandOptical een vergoeding voor een bril of lenzen. Voor onze bril en lenzen modules betaalt u een aparte premie per maand.

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

Onderwerp	Bril & Lenzen module 100 Pearle & GrandOptical	Bril & Lenzen module 200 Pearle & GrandOptical
Jaarvergoeding	€ 100 (1x per kalenderjaar)	€ 200 (1x per kalenderjaar)
Waar te besteden	Exclusief bij Pearle en GrandOptical	Exclusief bij Pearle en GrandOptical
Waarvoor geldig	Complete bril (enkelvoudig of multifocaal) of zachte contactlenzen	Complete bril (enkelvoudig of multifocaal) of zachte contactlenzen
Bril - minimale glazen	Pearle: minimaal Zilver GrandOptical: minimaal Smart	Pearle: minimaal Goud GrandOptical: minimaal Smart
Lenzen - pakketten	Halfjaar- of jaarpakket: zachte dag-, week- of maandlenzen	Jaarpakket: zachte dag-, week- of maandlenzen
Leeftijd	Vanaf 18 jaar	Vanaf 18 jaar

Bril en lenzen

Zo werkt het
- U betaalt de aparte premie voor deze module
- U loopt binnen bij één van de 450 Pearle, of GrandOptical winkels in Nederland
- U kiest voor een complete bril (montuur + glazen op sterkte) of een volledig lenzenpakket. Losse glazen of losse monturen komen niet in aanmerking voor vergoeding.
- U krijgt per kalenderjaar de totale vergoeding van de door u gekozen module op het aankoopbedrag aan de kassa bij Pearle of GrandOptical.

Voorwaarden
U bent 18 jaar of ouder
- De vergoeding is eenmaal per kalenderjaar en geldt alleen in Pearle of GrandOptical winkels.
- De vergoeding wordt direct verrekend aan de kassa. Dit betekent dat u de aankoop bon niet in hoeft te sturen voor een vergoeding.
- Als de bril of lenzen goedkoper zijn dan de vergoeding, dan krijgt u geen geld retour aan de kassa. Het resterende bedrag kan niet worden opgespaard of meegenomen naar een volgend jaar.
- De vergoeding op een bril bij GrandOptical geldt bij minimaal een Smart glaspakket. Kiest u voor het glaspakket Easy dan ontvangt u € 75 vergoeding op uw bril in plaats van € 100, of €150 vergoeding in plaats van €200.
- Bij Pearle geldt het volgende:
  - Bril en lenzen module 100 minimaal een Zilver glaspakket. Kiest u voor het glaspakket Basis of Brons dan ontvangt u € 75 vergoeding op uw bril in plaats van € 100
  - Bril en lenzen module module 200 minimaal een Goud glaspakket. Kiest u voor het glaspakket Basis, Brons of Zilver dan ontvangt u €150 vergoeding in plaats van €200.

Uitsluitingen

De vergoeding geldt niet voor:

- Losse glazen of losse monturen.
- Losse aankopen van lenzen (dus geen pakket).
- Harde lenzen, jaarlenzen en nachtlenzen.
- Lenzen via het lenzenabonnement van Pearle of GrandOptical.
- Lenzenvloeistof.
- Kinderbrillen.
- Nuance Audio, Ray-Ban Authentic en Stellest glazen en Alain Mikli.

Overzicht glaspakketten Pearle & GrandOptical

Opticien	Module €100: Minimaal pakket	Module €200: Minimaal pakket	Eigenschappen glaspakket	Lagere vergoeding bij lager pakket
Pearle	Zilver	Goud	Zilver: Dun (1.6), kraswerend, ontspiegeld, UV-werend, harding Goud: Extra gehard, UV-block, vuil-, stof- en waterafstotend	Ja (zie onder deze tabel)
GrandOptical	Smart	Smart	Smart: Dun (1.6), kraswerend, anti-reflecterend, waterafstotend, vuilbestendig, anti-statisch	Ja (zie onder deze tabel)

Let op:
- Kies je bij Pearle voor het glaspakket Basis of Brons, dan ontvang je €75 vergoeding bij module €100, of €150 bij module €200 als je kiest voor Basis, Brons of Zilver.
- Kies je bij GrandOptical voor het glaspakket Easy, dan ontvang je €75 vergoeding bij module €100, of €150 bij module €200.

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

Voorwaarden vergoeding
- U krijgt zorgkosten vergoed tot maximaal:
  - Het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
  - Het op dat moment vastgestelde maximumtarief door de Wet Marktordening Gezondheidszorg;
  - Of het door ons bepaalde maximale tarief.
- Wij vergoeden alleen de kosten tot herstel van de schade tot een conditie en functie die vergelijkbaar is met de conditie en functie zoals deze voorafgaand aan het ongeluk is. Er is geen aanspraak op een verbetering van deze conditie en functie. Bijvoorbeeld: als u gebitsschade hebt opgelopen, maar al een aantal tanden mist, dan vergoeden wij de vervanging van tanden die u al miste niet.
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, dan kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.

- Als in het kalenderjaar van het eerste ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt voor dit eerste ongeval, dan kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Ongevallendekking Fysio & Tand. In dit volgende kalenderjaar spreken we eerst weer een eventuele vergoeding op uw basisverzekering of aanvullende verzekering over dat jaar aan.
- Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze verzekering dekt echter niet de kosten voor zorg in het buitenland, maar dekt enkel de kosten voor de zorg die u erna nodig hebt in Nederland.
- 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: Deze Ongevallendekking Fysio & Tand is inbegrepen in de Buitenland Module (Artikel 4.3 Buitenland (inclusief Ongevallendekking Fysio & Tand)).
- Zorgkosten van de Ongevallendekking Fysio & Tand krijgt u pas vergoed als deze kosten niet door uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en u aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven. Als het ongeluk veroorzaakt is door een derde zullen wij (een deel van) de kosten op de derde verhalen.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin het ongeval plaatsvond.
- Woont u in het buitenland? Dan vergoeden wij uw kosten als:
  - het ongeluk in uw woonland of Nederland heeft plaatsgevonden. In dit geval betalen wij nooit meer dan dat wij betalen voor dezelfde zorg in Nederland.
- Woont u in Nederland? Deze verzekering dekt niet de kosten voor zorg na een ongeval in het buitenland, maar dekt enkel de kosten voor de zorg die u erna nodig hebt in Nederland, tenzij:
  - u minder dan 50 kilometer van de praktijk van de zorgaanbieder in België of Duitsland woont en een ongeluk krijgt op niet verder dan 50 kilometer van uw woonadres. In dit geval betalen wij nooit meer dan wij vergoeden voor dezelfde zorg in Nederland. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

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

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

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

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

Toelichting Tandartskosten:

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

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

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

Uitsluitingen
Wat wordt niet als ongeval gezien en wat vergoeden wij niet?
- Vervanging of beschadiging van bril of lenzen en hoortoestellen.
- Uw eigen risico en eigen bijdrage.
- Behandelingen die later dan 12 maanden na het ongeval plaats hebben gevonden.
- Ongevallen die zijn ontstaan voor de ingangsdatum van de Ongevallendekking Fysio & Tand.
- Ongevallen die met opzet of roekeloos handelen gebeuren door u of één van de andere verzekerden op uw polis. Of door iemand anders die belang heeft bij de Ongevallendekking Fysio & Tand. Wat is opzet?
  - u doet iets met het doel om een ongeluk te krijgen;
  - een actie van iemand die belang heeft bij deze Ongevallendekking Fysio & Tand. Het ongeval is dan het bedoelde of zekere gevolg van die actie.
- Eten, kauwen of drinken van etenswaren (zoals snoep, noten): schade aan het gebit hierdoor is uitgesloten.
- Voorzienbare gebitsschade, zoals:
  - Fles openen met tanden;
  - Kauwen op harde voorwerpen;
  - Geen gebitsbescherming dragen bij risicosporten;
  - Schade door ziekte.
- Verbetering van conditie/functie van gebit wordt niet vergoed, alleen herstel tot oorspronkelijke staat.
- Vervanging van tanden die al ontbraken vóór het ongeval.
- Opzettelijk of roekeloos handelen door u of iemand met belang bij de dekking.
- Ongevallen tijdens sporten zonder voorzorgsmaatregelen (zoals geen helm of bitje).
- Reguliere sportblessures (zoals hamstringblessure, zweepslag) waarbij geen sprake is van een ongeval.
- Ongevallen door overmatig alcoholgebruik (>0,8 promille).
- Ongevallen door drugsgebruik, tenzij op voorschrift van een arts.
- Ongevallen die al door andere wetgeving of verzekering worden vergoed.
- Arbeidsongevallen: kosten moeten verhaald worden op werkgever/opdrachtgever.

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

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

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

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

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 (Artikel 4.2 Ongevallendekking Fysio & Tand) genoemde Ongevallendekking Fysio & Tand.

Wat krijgt u vergoed in het buitenland?

Spoedeisende zorg in EU, EER en verdragsland

Module	Vergoeding
Buitenland (incl. Ongevallendekking Fysio & Tand)	100%

Voorwaarden:

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

Spoedeisende zorg in de rest van de wereld

Module	Vergoeding
Buitenland (incl. Ongevallendekking Fysio & Tand)	100%

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

SOS hulpverlening

Module	Vergoeding
Buitenland (incl. Ongevallendekking Fysio & Tand)	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 niet spoedeisende zorgkosten 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. o De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

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 zorgkosten of kosten van repatriëring op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van oudere datum die al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als u niet meer in aanmerking komt voor een vergoeding vanuit die andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- 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 vooraf 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. U kunt hiervoor gebruik maken van ons herroepingsformulier op: asr.nl/contact/online-herroepen/aanvragen. 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 volwassenenverzekering. 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 datum van ontvangst van de nota) de originele nota’s van uw zorgkosten bij ons indienen. Deze nota’s moeten dan zo worden ingediend dat we zonder verdere navraag eruit kunnen opmaken welke kosten wij moeten vergoeden. 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 mijnzorg.asr.nl 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 u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.
- 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 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 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. Begripsomschrijvingen

Wat bedoelen we met?

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

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

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

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

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

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

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

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

Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.

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 ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Naar inhoud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Naar inhoud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz
Wet langdurige zorg.

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

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

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

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/zorgverzekering
Telefoon: (030) 257 22 22

Bezoekadres:
Archimedeslaan 10
3584 BA Utrecht

Postadres:
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

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

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