



Polisvoorwaarden

Aanvulling Maximaal 2005

Versie 2023

Inhoud

1.	Begripsomschrijvingen	4
2.	Wijze van uitvoering	10
3.	Omvang van de dekking	11
3.1	Acnebehandeling	11
3.2	Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)	11
3.3	Astma therapeutisch kamp	11
3.4	Brillen of contactlenzen	12
3.5	Buitenland	12
3.6	Buzzer	14
3.7	Camouflage	14
3.8	Cursussen	15
3.9	Epilatie of laserbehandeling voor ontharing	15
3.10	Ergotherapie	15
3.11	Extra zorg na een ongeval	16
3.12	Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)	16
3.13	Fertiliteitbevorderende behandelingen	17
3.14	Fysiotherapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening	17
3.15	GeboorteTENS	18
3.16	Herstellingsoord	18
3.17	Hulpmiddelen	19
3.18	Kinderopvang bij opname ouders	19
3.19	Kraampakket	20
3.20	Kuurreizen	20
3.21	Laserbehandeling of lensimplantatie	20
3.22	Lidmaatschap patiëntenvereniging	21
3.23	Logeerhuis bij ziekenhuisopname	21
3.24	Orthodontie	21
3.25	Orthoptie	21
3.26	Plastische chirurgie	22
3.27	Plaswekker	22
3.28	Podotherapie	22
3.29	Preventieve geneeskunde	23
3.30	Psychologische hulp	23
3.31	Refertilisatie	24
3.32	Reiskosten Astmacentrum Davos	24
3.33	Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden	24
3.34	Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten	25
3.35	Sterilisatie	25
3.36	Steunpessaria	25
3.37	Steunzolen	25
3.38	Stottertherapie	26
3.39	Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar	26
3.40	Thuisverpleging	26
3.41	Verblijf bij levertransplantatie	26
3.42	Verloskundige zorg en kraamzorg	27
3.43	Voedingsmiddelen (bijzonder)	27
3.44	Wondverzorging	27
3.45	Ziekenvervoer binnen Nederland	28
3.46	Ziekenvervoer (eigen bijdragen)	28

4.	Uitsluitingen	29
5.	Algemeen	29
6.	Premie	31
7.	Premiebetaling en betalingsachterstand	31
8.	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	32
9.	Declaraties en onderbreking van de dekking	33
10.	Regres	34
11.	Fraude	34
12.	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	35
13.	Herziening van premie of voorwaarden	35
14.	Duur van de verzekering	36
15.	Heroverweging en klacht	37
16.	Bepalingen in verband met collectiviteit	38
17.	Clausule terrorismedekking	38
18.	Contactgegevens	39

1. Begripsomschrijvingen

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

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-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC).

Bekkenfysiotherapeut

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

Dagbehandeling

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

DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

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

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of recht-hebbenden 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 verzekeringsdek-king te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Gecontracteerde zorg

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

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

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

Geregistreerd-mondhygiënist

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

Geriatrisch fysiotherapeut

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

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 2023 inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg

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

Kinderfysiotherapeut

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

Kraamcentrum

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

Kraamhotel

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

Kraamverzorgende

Geschoolde hulp voor een thuis verblijvende kraamvrouw.

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

Manueel therapeut

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

Marktconform tarief

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

Medisch adviseur

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

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

Oedeemtherapeut

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

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

Ongeval

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

Opname

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

Orthodontist

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

Orthoptist

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

Podotherapeut

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

PreMeo Thuisvaccinatie

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

Privékliniek

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

Psycholoog

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

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychosomatisch oefentherapeut Cesar en Mensendieck

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

Schoonheidsspecialist

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist met een registratie ANBOS.

SOS International

SOS International biedt 24/7 hulp aan reizigers bij ziekte of een ongeval in het buitenland. U kunt online medische reishulp vragen via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

Spoedeisende zorg

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

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

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, Kaapverdië, Marokko, Montenegro, Noord-Macedonië, Servië, Tunesië, Turkije en Verenigd Koninkrijk.

Verloskundige

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

Verpleegkundige

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

Verwijsbrief/verwijzing

Het advies van een zorgaanbieder of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgaanbieder of zorginstelling. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijsbrief 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 verwijsbrief is tot 1 jaar (bij GGZ-zorg 9 maanden) na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde

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

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wlz

Wet langdurige zorg.

WTZa

Wet toetreding zorgaanbieders.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

Ziekenhuis

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

Ziekenverzorgende

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

Zorgaanbieder

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

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar

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

2. Wijze van uitvoering

Woonland

Deze aanvullende verzekering kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede een in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtige worden afgesloten. Voor in Nederland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in Nederland en uitgevoerd is door een in Nederland gevestigde zorgaanbieder. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden geldt dat de kosten van zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de zorg genoten is in het woonland en uitgevoerd is door een in het woonland gevestigde zorgaanbieder. Uitzondering hierop vindt u terug in artikel 3.5 'Buitenland'.

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

Aanvullend op de basisverzekering

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

Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg
- is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.
- Paramedische zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot ten hoogste 100 % van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit is het gemiddelde bedrag dat wij betalen voor uw behandeling als u naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

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

Meer informatie over de vergoedingen van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/restitutiepolis.

Medische grondslag

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

Overname incasso zorgaanbieder

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

Wijziging van de aanvullende verzekering

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

Voorwaarden

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

3. Omvang van de dekking

3.1 Acnebehandeling

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Behandeling van acne in het gezicht en/of hals.
- Behandelingen worden vergoed wanneer er sprake is van acne zorgprofiel 4 volgens het document Zorgprofielen integrale acnetherapie of volgens de zorgprofielen zoals gesteld in het Zorgarrangement integrale acnetherapie van de NVH.
- De behandelaar dient op de nota te vermelden om welke indicatie en lokalisatie het gaat.
- De behandeling wordt uitgevoerd door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e).
- Benodigde middelen voor behandeling worden niet vergoed.

3.2 Alternatieve geneeswijzen (onderzoek en behandeling)

Wat krijgt u vergoed?

100%

Onderzoek en behandeling door een alternatief genezer alsmede alternatieve geneesmiddelen.

Voorwaarden:

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

3.3 Astma therapeutisch kamp

Wat krijgt u vergoed?

100%

Verblijf in een therapeutisch kamp.

Voorwaarden:

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

3.4 Brillen of contactlenzen

Enkelvoudige en multifocale/varifocus glazen, montuur of contactlenzen.

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal € 300 per verzekerde per 36 maanden.

Voorwaarden:

- U heeft in de 60 maanden voor de aanschaf van de bril, brillenglazen, montuur of lenzen geen laserbehandeling of lensimplantatie ondergaan, die door ons is vergoed.
- Wij vergoeden geen:
 - Lenzen die zijn aangeschaft op internet.

Toelichting:

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

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

Korting bij Eye Wish Opticiens

Toelichting:

- Ga naar www.eyewish.nl/polischeck
- Dan Bekijk jouw zorgvergoeding
- Kies a.s.r.
- Kies uw aanvullende verzekering
- Geef aan of uw zorgvergoeding voor bril of lenzen reeds gebruikt is
- Uw specifieke aanbieding wordt getoond

3.5 Buitenland

Algemeen:

- **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 www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorg-in-het-buitenland. U heeft vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Er zijn enkele uitzonderingen waarvoor u geen aanvraag in hoeft te dienen. Deze uitzonderingen zijn:
 - Ergotherapie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.10);
 - Fysiotherapie, Manuele therapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.14);
 - Orthodontie (zie voor de specifieke voorwaarden artikel 3.25).
- Neem in geval van **spoedeisende zorg** voor advies en bemiddeling contact op met onze alarmcentrale SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75 (24 uur per dag bereikbaar).
- Wij vergoeden geen:
 - Eigen risico.

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

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen medische zorg als de behandeling ook in Nederland volgens deze verzekering vergoed wordt.
- Uitkering vindt in Nederland plaats in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de declaratie in behandeling neemt. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com.
- U dient de nota aan te leveren in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Tijdens tijdelijk verblijf

Wat krijgt u vergoed?

100%

Zorgkosten die de vergoeding op de basisverzekering te boven gaan en zorgkosten die volgens deze verzekering worden vergoed als de behandeling in Nederland had plaatsgevonden.

Voorwaarden:

- U heeft een ongeval gehad of u bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van uw reis).
- Als u spoedeisende zorg nodig hebt moet u direct contact opnemen of laten opnemen met SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. De arts van SOS International handelt namens onze medisch adviseur.

Terugreis per ziekenauto, vliegtuig of ambulancevliegtuig

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- Vervoer is inclusief noodzakelijke medische begeleiding en één gezinslid.

Vervoer van de overledene, begrafenis of crematie ter plaatse

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

SOS Hulpverlening

Wat krijgt u vergoed?

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 www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

3.6 Buzzer

Wat krijgt u vergoed?

100%

Buzzer in bruikleen.

Voorwaarden:

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

3.7 Camouflage

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Vergoeding voor camouflagelessen/camouflagetherapie (leren om kleur- en/of vormafwijkingen in het gelaat en hals onopvallend te maken) en de benodigde middelen tijdens de lessen.
- Bij een huidafwijking in het gezicht en/of hals.
- De behandelaar dient op de nota de locatie van de huidafwijking te vermelden. Indien nodig kunnen wij aanvullende gegevens bij u opvragen.
- De lessen worden gegeven door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist welke ANBOS geregistreerd is.
- Wij vergoeden geen:
 - Camouflerende lasertherapie.
 - Camouflagelessen/camouflagetherapie als u die in het verleden al vergoed hebt gekregen op een andere aanvullende verzekering bij a.s.r.

3.8 Cursussen

Wat krijgt u vergoed?

100%

Cursussen gegeven door een thuiszorgorganisatie of patiëntenvereniging, bijvoorbeeld valpreventie

Voorwaarden:

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

3.9 Epilatie of laserbehandeling voor ontharing

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden reguliere epilatie:

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

Voorwaarden laserbehandeling:

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

3.10 Ergotherapie

Wat krijgt u vergoed?

100%

Vanaf het 11e uur.

Voorwaarden:

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

3.11 Extra zorg na een ongeval

Wat krijgt u vergoed?

100%

Maximaal € 1.000 per verzekerde per ongeval.

Voorwaarden:

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

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

3.12 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen)

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

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

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

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

3.13 Fertiliteitbevorderende behandelingen

Wat krijgt u vergoed?

100%

Vanaf de 4e poging in-vitrofertilisatie (IVF).

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.14 Fysiotherapie en Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Fysiotherapie en oefentherapie

Wat krijgt u vergoed?

100% bij een gecontracteerde zorgaanbieder en maximaal het marktconforme tarief bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder

Voorwaarden:

- Behandeling wordt uitgevoerd door een (kinder-) fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- Littekentherapie en oedeemtherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut als u een aandoening heeft die in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering staat.
- De behandelingen mogen ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.
- Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig.

Toelichting:

- Als uw aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed vanuit de basisverzekering.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan het eigen risico van toepassing zijn.
- Manuele therapie die wordt gegeven door een alternatief genezer of alternatief therapeut vergoeden wij volgens artikel 3.2.

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

Screening, intake en onderzoek door een fysiotherapeut en oefentherapeut

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

3.15 GeboorteTENS

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Vergoeding voor de aanschaf van een TENSapparaat bij GeboorteTENS.
- Er is geen sprake van een geplande (poli)klinische bevalling in ziekenhuis of geboortecentrum. Zie voor meer informatie www.geboortetens.nl.

3.16 Herstellingsoord

Wat krijgt u vergoed?

100% verblijf in herstellingsoord voor somatische ziekten.

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing van de behandelend arts.

3.17 Hulpmiddelen

Wettelijke eigen bijdrage voor de aanschaf van hulpmiddelen.

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- U krijgt alleen een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen waarvoor een vergoeding geldt in ons Reglement Hulpmiddelen 2023.

Toelichting:

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

Kosten boven maximale vergoeding op grond van uw basisverzekering.

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten boven de maximale vergoeding op de basisverzekering van hulpmiddelen die staan in ons Reglement Hulpmiddelen 2023.

Toelichting:

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

3.18 Kinderopvang bij opname ouders

Wat krijgt u vergoed?

Tot € 12 per dag, maximaal 365 dagen.

Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van één van de ouders of verzorgers, die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin uw jongste kind 12 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen.
- Voor de eerste 5 opnamedagen geldt geen vergoeding.
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een kinderdagverblijf.
- Wij ontvangen een originele nota met daarop het KvK-nummer van het kinderdagverblijf.
- Wij vergoeden geen:
 - Reguliere kinderopvang.
 - Kinderopvang door familie, vrienden of andere vormen van kinderopvang.

3.19 Kraampakket

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- U krijgt van ons een kraampakket voor de bevalling als u tussen de 5e en 7e maand van uw zwangerschap bij ons verzekerd bent.
- U kunt het kraampakket aanvragen via www.kraampakket.nl/asr-gratis-kraampakket of via (030) 278 36 30.

3.20 Kuurreizen

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- U heeft de ziekte van Bechterew, reumatoïde artritis of artritis psoriatica.
- U heeft vooraf toestemming van ons nodig.
- De reis wordt georganiseerd door de Stichting Kuurreizen of Reisorganisatie Fontana.
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten van en naar het vliegveld.

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

3.21 Laserbehandeling of lensimplantatie

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal € 1.250 per verzekerde per 60 maanden voor beide ogen.

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- De 60 maanden gaan in op de behandeldatum die staat op de nota van de behandeling.
- Wij berekenen het aantal dioptrieën per oog als volgt:
 - Als de sferische en cilindrische waarden beiden positief of beiden negatief zijn, worden deze waarden bij elkaar opgeteld. (bv. sferisch -0,5 en cilindrisch -4,0 = -4,5 dioptrieën of sferisch +0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,5 dioptrieën)
 - Als de sferische waarde positief is en de cilindrische waarde negatief is of andersom geldt de hoogste waarde. (bv. sferisch +0,5 en cilindrisch -4,0 = -4,0 dioptrieën of sferisch -0,5 en cilindrisch +4,0 = +4,0 dioptrieën)

3.22 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

3.23 Logeerhuis bij ziekenhuisopname

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

3.24 Orthodontie

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- De behandeling wordt niet vergoed door uw basisverzekering.
- Orthodontie mag ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. Dit hoeft niet bij ons aangevraagd te worden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.25 Orthoptie

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

3.26 Plastische chirurgie

Wat krijgt u vergoed?

Flapoorcorrectie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:

- Vergoeding voor een flapoorcorrectie.
- De behandeling wordt niet op uw basisverzekering vergoed.
- U heeft vooraf onze toestemming nodig. Voor de beoordeling hebben wij nodig:
- Een schriftelijke aanvraag van de uw behandelend specialist, inclusief foto's.
- Uw schriftelijke verklaring van de klachten.
- U wordt behandeld door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Toelichting:

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

3.27 Plaswemaker

Wat krijgt u vergoed?

100% voor aanschaf plaswemaker en toebehoren.

Voorwaarden:

- U heeft een verwijzing gekregen van de behandelend arts.

3.28 Podotherapie

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- U wordt behandeld door een podotherapeut.

3.29 Preventieve geneeskunde

Preventieve onderzoeken en vaccinaties

Wat krijgt u vergoed?

100% van het in Nederland geldende wettelijk vastgestelde tarief.

Voorwaarden:

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

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen voor tijdelijk verblijf in het buitenland

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

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

Toelichting:

- De vaccinaties kunnen worden gegeven door de huisarts, de GGD en Meditel. Reizigersvaccinaties kunnen ook gegeven worden door PreMeo Thuisvaccinatie.
- De preventieve geneesmiddelen worden via de apotheek geleverd.

Meer informatie vindt u op www.LCR.nl, www.ggdreisvaccinaties.nl, www.meditel.nl/reisadvies, www.thuisvaccinatie.nl.

3.30 Psychologische hulp

Wat krijgt u vergoed?

100% bij gecontracteerde psycholoog of maximaal € 1.150 per verzekerde per kalenderjaar bij een niet gecontracteerde psycholoog

Voorwaarden:

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

3.31 Refertilisatie

Wat krijgt u vergoed?

Refertilisatie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:

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

Toelichting:

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

3.32 Reiskosten Astmacentrum Davos

Wat krijgt u vergoed?

75% van de reiskosten per trein (laagste klasse) eenmaal per opnameperiode van 3 maanden.

Voorwaarden:

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

3.33 Reiskosten ziekenbezoek aan meeverzekerden

Wat krijgt u vergoed?

€ 0,40 per kilometer, eenmaal per dag.

Voorwaarden:

- De dekking geldt voor het gezinslid dat is opgenomen.
- Het gezinslid is opgenomen in een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek.
- Wij vergoeden per gezin per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.
- De afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis bedraagt minimaal 25 kilometer.
- U zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen.
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg.

3.34 Sportmedisch onderzoek en blessureconsulten

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Het sportmedisch onderzoek wordt uitgevoerd door een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), Sport Medisch Centrum (SMC) of Sport Medisch Instituut (SMI).
- Zowel SMA, SMC als SMI moeten voldoen aan de onafhankelijke kwaliteitscriteria die zijn vastgesteld door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- Blessure- en herhalingsconsulten, uitgevoerd door een sportarts, kunnen vergoed worden onder de basisverzekering. In dat geval is hierop het eigen risico van toepassing.

Toelichting:

- Sportkeuringen vallen ook onder sportmedisch onderzoek.

3.35 Sterilisatie

Wat krijgt u vergoed?

Sterilisatie, tot maximaal het marktconforme tarief

Voorwaarden:

- U wordt behandeld in een ziekenhuis, een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of door de huisarts.

Toelichting:

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

3.36 Steunpessaria

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Op voorschrift van de behandelend arts.

3.37 Steunzolen

Wat krijgt u vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Op voorschrift van de behandelend arts of podotherapeut.

3.38 Stottertherapie

Wat krijgt u vergoed?

100% voor behandeling en verblijf.

Voorwaarden:

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

3.39 Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar

Wat krijgt u vergoed?

100% tandheelkundige hulp of eigen bijdragen die niet worden vergoed op uw basisverzekering.

Voorwaarden:

- U wordt behandeld door een tandarts of (geregistreerd) mondhygiënist.
- Wij vergoeden geen:
 - Orthodontie. Voor meer informatie over de vergoeding van orthodontie zie artikel 3.24.

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

3.40 Thuisverpleging

Wat krijgt u vergoed?

100% ter bekorting of vervanging van medisch geïndiceerd verblijf in een ziekenhuis.

Voorwaarden:

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

3.41 Verblijf bij levertransplantatie

Wat krijgt u vergoed?

100% tot maximaal € 33 per dag voor verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen voor maximaal 28 dagen.

100% tot maximaal € 25 per dag voor verblijf in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen voor de periode van opname van de getransplanteerde.

Voorwaarden:

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

3.42 Verloskundige zorg en kraamzorg

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

Wat krijgt u vergoed?

100%

Toelichting:

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

Kraamzorg thuis (eigen bijdrage voor vrouwelijke verzekerde)

Wat krijgt u vergoed?

100%

Toelichting:

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

Uitgestelde kraamzorg en couveuse nazorg

Wat krijgt u vergoed?

Maximaal 4 uur.

Voorwaarden:

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

3.43 Voedingsmiddelen (bijzonder)

Wat krijgt u vergoed?

100% voor vloeibare kant-en-klare voeding en voor sondevoeding inclusief toedieningssystemen.

Voorwaarden:

- Voor verzekerden in de terminale fase.
- Op voorschrift van de behandelend arts of medisch specialist.

3.44 Wondverzorging

Wat krijgt u vergoed?

100% zelfzorgmiddelen voor wondverzorging.

Voorwaarden:

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

3.45 Ziekenvervoer binnen Nederland

Wat krijgt u vergoed?

100% voor kosten van vervoer per taxi.

€ 0,40 per kilometer bij vervoer per auto.

€ 0,16 per kilometer bij vervoer per auto, in aanvulling op een vergoeding uit uw basisverzekering.

Voorwaarden:

- Wij vergoeden alleen de kosten van taxi en/of eigen vervoer als u om een medische (lichamelijke) reden niet met het openbaar vervoer kunt reizen. Openbaar vervoer betalen wij niet.
- U heeft een verklaring van uzelf en/of behandelend medisch specialist, waaruit de medische reden blijkt waarom u niet met het openbaar vervoer kunt reizen. De medische reden moet duidelijk omschreven zijn. Deze verklaring moet nog van toepassing zijn op uw huidige situatie.
- De behandeling moet op uw basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed. Vergoedingen uit de aanvullende verzekering zijn bijvoorbeeld fysiotherapie en oefentherapie, ergotherapie of herstellingsoord.
- Wij vergoeden ook vervoer van en naar een inrichting waar u ten laste van de Wlz wordt opgenomen of behandeld.
- Wij vergoeden ziekenvervoer op basis van de snelst gebruikelijke heen- en terugreis tussen uw woonhuis en de zorginstelling. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.

Toelichting:

- Transvision is een vervoersregisseur die een taxi voor u verzorgt van en naar de zorginstelling. Als u wilt weten of u aanspraak kunt maken op taxivervoer van Transvision,
- bel: 0900 – 33 33 33 0 (€ 0,15 per minuut).

3.46 Ziekenvervoer (eigen bijdragen)

Wat krijgt u vergoed?

100% voor zittend ziekenvervoer.

Voorwaarden:

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

4. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- Na-U-clausule: de kosten die gedekt zijn onder een andere (speciale) verzekering, al dan niet van oudere datum, of onder een andere verzekering gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan;
- Samenloop: zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - een wettelijk geregelde verzekering;
 - regeling van overheidswege;
 - enigerlei subsidieregeling;
 - of een andere overeenkomst.In een dergelijk geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en zullen alleen de kosten voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaan waarop de verzekeringnemer of de verzekerde elders aanspraak zou kunnen doen gelden;
- Wlz: verstrekkingen krachtens de Wlz waarop verzekerden op grond van die wet geen recht hebben. Tenzij uitdrukkelijk anders is overeengekomen hebben niet-ingezetenen geen recht op vergoeding van kosten welke voor Nederlands ingezetenen voor rekening van de Wlz zouden komen;
- Eigen bijdrage Wlz: eigen bijdragen krachtens de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- Niet nagekomen afspraak: declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- Behandelingen binnen een gezin: de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- Preventieve geneeskunde: de kosten van keuringen en het afgeven van attesten, uitgezonderd het bepaalde in artikel 3.30 en 3.35.
- Preventieve onderzoeken: behandelingen en onderzoeken die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;
- Celtherapie: de kosten van celtherapie;
- Fitness: de kosten van fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
- Dekking: de kosten welke zijn gemaakt in de periode dat deze verzekering niet van kracht was, waarbij de datum van behandeling of verstrekking bepalend is;
- Molest: kosten welke zijn veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade) Zie clausule terrorismedekking;
- Atoomkernreacties: kosten welke zijn veroorzaakt door of verband houden met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

5. Algemeen

Bedenktijd

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

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

Hierdoor wordt de overeenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

Grondslag van de verzekering

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

Verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht de gestelde vragen in voornoemde opgaven en verklaringen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt. Feiten en omstandigheden die verzekeringnemer en/of verzekerde kent of behoort te kennen nadat verzekeringnemer deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de zorgverzekeraar heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, dient verzekeringnemer en/of verzekerde alsnog aan de zorgverzekeraar mede te delen indien deze vallen onder de vraagstelling in voornoemde opgaven en verklaringen.

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

Sanctiewet

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

Begin en einde van de vergoeding

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

Privacyreglement

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

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

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

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

Machtiging

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

Kennisgeving

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

Aanvullende verzekering kinderen

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

Materiële controle en gepast gebruik

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

Gepast gebruik bestaat vanuit het oogpunt van de zorgverzekering gezien uit drie elementen:

- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de stand van wetenschap en praktijk.
- Voldoet de gedeclareerde zorg aan de indicatievoorwaarden.
- Is de verzekerde ook redelijkerwijs op de zorg aangewezen (doelmatigheid en kwaliteit van zorg).

DBC-Zorgproduct

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

6. Premie

Premie verschuldigd

Krachtens deze aanvullende zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

Leeftijdsbepaling

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

Premierestitutie

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

a.s.r. Vitality cashback

a.s.r. Vitality cashback Aan het einde van ieder polisjaar wordt op 31 december vastgesteld wat de a.s.r. Vitality status is van deelnemers. Op basis van deze status (brons, zilver, goud of platina) wordt de cashback over de aanvullende verzekering/tandartsverzekering vastgesteld. De cashback wordt na 1 februari uitgekeerd. Meer lezen over cashback op uw verzekering? Kijk dan op <https://www.asr.nl/vitality/beloningen/status>

7. Premiebetaling en betalingsachterstand

Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

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

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

Betalingsachterstand

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

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

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

Onderbreking van de dekking bij detentie

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

8. Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

Schademeldingsplicht

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

Schade-informatieplicht

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

Medewerkingsplicht

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

Originele nota's

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

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

Zo declareert verzekeringnemer/verzekerde een nota via internet:

- Ga naar www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering
- Login met de gegevens van Mijn Zorg
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe
- Verstuur de nota

Of:

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

Belangen van de zorgverzekeraar

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

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

9. Declaraties en onderbreking van de dekking

Rechtstreeks betaalde declaraties

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

Verschuldigde bedragen

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

Vordering in het algemeen

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

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

Onderbreking van de dekking

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. Een ingebrekestelling door de zorgverzekeraar is niet vereist. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd. Gedurende de dekkingsonderbreking is de zorgverzekeraar bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzeggingstermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen.

Indien er tevens betalingsachterstand bestaat volgens artikel 7 (Betalingsachterstand) heeft het daarin genoemde omtrent beëindiging van de aanvullende verzekering voorrang op de schorsing zoals hierboven beschreven. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen.

10. Regres

De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

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

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

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

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

11. Fraude

Verplichting tot medewerking

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

Persoonsgegevens

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

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

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

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als u en medeplechtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

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

12. Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Kennisgeving

Als verzekeringnemer of contractant bent u verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Indien de wijziging niet binnen 30 dagen na het intreden van de gebeurtenis is ontvangen, wordt de verzekering met ingang van de datum van 7 dagen na de ontvangstdatum gewijzigd. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.

Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

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

13. Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

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

Tussentijdswijziging

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.

14. Duur van de verzekering

Begin van de verzekering

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

Looptijd

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

Einde van de verzekering

Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens schriftelijke opzegging door de zorgverzekeraar in navolgende gevallen:

- Indien verzekeringnemer en/of verzekerde de verschuldigde premie of de verschuldigde bedragen als bedoeld in artikel 7 (Premiebetaling) niet tijdig betaalt of weigert te betalen, heeft de zorgverzekeraar het recht de verzekering, met inachtneming van de procedure als bedoeld in artikel 7 (Betalingsachterstand), te beëindigen;
- Indien binnen twee maanden na de ontdekking dat verzekeringnemer fraude heeft gepleegd, als bedoeld in artikel 11, of de mededelingsplicht bij het aangaan van de verzekering niet is nagekomen en verzekeringnemer en/of verzekerde daarbij heeft gehandeld met de opzet de zorgverzekeraar te misleiden dan wel de zorgverzekeraar de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken niet zou hebben gesloten. De verzekering eindigt op de in de opzeggingsbrief genoemde datum.
- Indien bij en/of na acceptatie van de verzekering blijkt dat verzekeringnemer en/of verzekerde is geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten deze aanvullende verzekering met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

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

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

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

Indien de verzekeringnemer niet met een herziening als bedoeld in artikel 13 (Herziening) akkoord gaat. Verzekeringnemer dient de verzekering dan binnen één maand na ontvangst van de schriftelijke mededeling als bedoeld in artikel 13 (Herziening) van zorgverzekeraar op te zeggen. De verzekering eindigt op de dag waarop de wijziging volgens de schriftelijke mededeling van zorgverzekeraar ingaat. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering door verzekeringnemer of verzekerde geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen en bepalingen;
- de wijziging van de premie voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde wiens leeftijd bepalend is voor de premie;
- de wijziging een verlaging van de premie bij gelijkblijvende dekking inhoudt;
- de wijziging een uitbreiding van de dekking bij gelijkblijvende premie inhoudt;

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

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

De verzekering eindigt in navolgende gevallen:

- De verzekering eindigt de volgende dag ingeval van overlijden van de verzekerde. De zorgverzekeraar dient binnen twee maanden na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden;
- De verzekering eindigt (tenzij na schriftelijke overeenkomst met de zorgverzekeraar anders is overeen gekomen) voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.
- Indien de zorgverzekeraar één maand van tevoren aangeeft de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.

15. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Bent u het niet eens met een beslissing van a.s.r.? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen.

Dat doet u door uw machtiging opnieuw in te dienen en nieuwe medische informatie toe te voegen. Indienen kan via www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload of per post aan a.s.r. , afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

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

Klachten

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

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

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

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

16. Bepalingen in verband met collectiviteit

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

Uitdiensttreding

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

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

Nieuwe collectieve verzekering

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

Afbreuk collectief karakter

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

17. Clausule terrorismedekking

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

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

18. Contactgegevens

a.s.r.

www.asr.nl/contact

Bezoekadres:

Archimedeslaan 10

3584 BA Utrecht

Postadres:

Postbus 2072

3500 HB Utrecht

Afdeling Zorg Acceptatie

E-mail: zorg.polis@asr.nl

Afdeling Zorg Declaraties

E-mail: zorg.declaraties@asr.nl

SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International

Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam

Telefoon +31 (0)30 257 35 75

E-mail: info@sosinternational.nl

ASR

Archimedeslaan 10

3584 BA Utrecht

www.asr.nl

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., K.v.K. 32110828

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., K.v.K. 32110823

ASR Wlz-Uitvoerder B.V., K.v.K. 62360337