

a.s.r.

ik kies zelf



a.s.r.
de nederlandse
verzekering
maatschappij
voor alle
verzekeringen



Ik kies zelf van a.s.r.

Polisvoorwaarden Buitenland 2023

Inhoud

Wat krijg je vergoed in het buitenland?	4
Wat krijg je vergoed in Nederland na een ongeval?	5
Wat gebeurt er in geval van fraude?	12
Wil je een heroverweging of heb je een klacht?	13

Wat is de Buitenland module?

Met de Buitenland module ben je verzekerd voor spoedeisende zorg in het buitenland én voor € 10.000 aan medische kosten na een ongeval. Het gaat om de kosten die niet worden vergoed vanuit de basisverzekering en je aanvullende verzekering.

Dekking

- Vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland;
- Tot € 10.000 vergoeding van zorgkosten na een ongeval;
 - Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar;
 - Als in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op Buitenland. In dit volgende kalenderjaar spreken we eerst weer een eventuele vergoeding op je basisverzekering of aanvullende verzekering over dat jaar aan.

Welke zorg vergoeden wij?

Bij spoedeisende zorg vergoeden wij:

- Spoedeisende zorg wereldwijd, behalve in Nederland.
- Met spoedeisende zorg bedoelen wij zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van een acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld;
- SOS hulpverlening;

Na een ongeval vergoeden wij:

- Fysiotherapie (inclusief manuele therapie);
- Tandartskosten bij schade aan je tanden (inclusief kunstgebit en implantaten);
- Gezins hulp;
- Extra kinderopvang voor kinderen bij opname van een ouder in een ziekenhuis;
- Vervangende mantelzorg;
- Taxivervoer of eigen vervoer van en naar het ziekenhuis als je om medische redenen geen auto kan rijden of met het openbaar vervoer kan gaan (ook voor inwonende kinderen voor bezoek aan ouder(s) in het ziekenhuis);
 - Kosten voor repatriëring vallen hier niet onder;
- Eenvoudige loopmiddelen zoals krukken, rollators of looprekken.

Wat is een ongeval?

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

Het letsel moet objectief vastgesteld kunnen worden door een arts en in verband gebracht kunnen worden met het ongeval. Als dit onduidelijk is of er ontstaat twijfel dan kunnen wij jou vragen aanvullende informatie toe te sturen. Het eten, kauwen en drinken van etenswaren, waaronder snoep, zoetwaren en noten, wordt niet als een ongeval beschouwd. Gebitsschade die daardoor is ontstaan of verergerd is uitgesloten van de dekking. Ook voorvallen waarbij je vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder het begrip ongeval. Denk daarbij aan het openen van een fles met je tanden, het kauwen of bijten op harde voorwerpen, het niet dragen van gebitsbescherming bij sporten waar dat wel nodig is en schade aan het gebit door een ziekte.

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

Onder een ongeval vallen ook de volgende gebeurtenissen

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

Zijn er extra voorwaarden aan een ongeval?

- Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze verzekering dekt de kosten voor spoedeisende zorg in het buitenland en niet-spoedeisende zorg die je erna nodig hebt in Nederland;
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar;
- Als in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Buitenland module. In dit volgende kalenderjaar spreken we eerst weer een eventuele vergoeding op je basisverzekering en aanvullende verzekering of eigen risico aan.

Wat krijg je vergoed in het buitenland?

Spoedeisende zorg

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Je hebt een ongeval gehad of je bent acuut ziek geworden tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland (de zorg is dus niet het doel van je reis);
- Als je spoedeisende zorg nodig hebt moet je 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

Wat krijg je 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 51. Je kunt online medische reishulp vragen via www.sosinternational.nl/nl-NL/smarmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met je opgenomen.

Wat krijg je vergoed in Nederland na een ongeval?

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

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (psychosomatische) fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut;
- Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vergoeden we tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde 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.

Toelichting:

- Als je 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 kan je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>;
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan eigen risico van toepassing zijn.

Tandartskosten

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Je wordt behandeld door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg of mondhygiënist;
- Wij vergoeden geen:
 - Orthodontie of kosten en behandelingen die daarmee verband houden;
 - Behandelingen die verband houden met een abonnement bij de tandarts.

Toelichting:

- Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven vind je op www.allesoverhetgebit.nl.

Gezinshulp

Wat krijg je vergoed?

€ 20 per uur voor kinderen tot 14 jaar

Voorwaarden:

- Als je partner door een ongeval de zorgtaak van kind(eren) niet op zich kan nemen, heb je recht op gezinshulp;
- Als je alleen de zorg hebt voor je kind(eren) en door een ongeval deze taak niet op je kan nemen, heb je recht op gezinshulp;
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin je jongste kind 14 jaar wordt. Hij of zij moet bij ons verzekerd zijn;
- De gezinshulp leverende organisatie of persoon moet beschikken over een AGB code.

Extra kinderopvang bij opname ouder(s) in het ziekenhuis

Wat krijg je vergoed?

€ 40 per uur voor kinderen tot 14 jaar

Voorwaarden:

- Bij een ziekenhuisopname van jezelf of van je partner die ook bij ons verzekerd is.
- Wij vergoeden tot en met het kalenderjaar waarin je jongste kind 14 jaar wordt. Hij of zij moet ook bij ons verzekerd zijn;
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang vanwege de ziekenhuisopname;
- Wij vergoeden alleen de kosten van extra kinderopvang door een kinderdagverblijf;
- Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis over het aantal ligdagen;
- 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.

Vervangende mantelzorg

Wat krijg je vergoed?

100% via Handen in Huis

Voorwaarden:

- Vergoeding van de kosten voor vervangende zorg voor de verzekerde die zorg nodig heeft als de vaste mantelzorgers door een ongeval de zorgtaak niet op zich kunnen nemen;
- Je krijgt de zorg geleverd door Handen in Huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland te Bunnik). Zij beoordelen of je in aanmerking komt voor deze zorg.

Toelichting:

- Meer informatie vind je op www.handeninhuis.nl.

Taxivervoer of eigen vervoer van en naar het ziekenhuis in Nederland

Wat krijg je vergoed?

100%, maximaal € 0,70 per kilometer voor taxivervoer of € 0,32 per kilometer voor eigen vervoer

Voorwaarden:

- Taxivervoer of eigen vervoer van en naar een Nederlands ziekenhuis of revalidatiekliniek als je om medische redenen geen auto kan rijden of met het openbaar vervoer kan gaan. Je zorgt voor een afsprakenoverzicht van het ziekenhuis of revalidatiekliniek;
- Taxivervoer of eigen vervoer van inwonende kinderen voor bezoek aan ouder(s) in een ziekenhuis of revalidatiekliniek. Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen;
- Taxivervoer of eigen vervoer van de ouder(s) aan het meeverzekerde kind dat is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek. Je zorgt voor een verklaring van het ziekenhuis of revalidatiekliniek over het aantal ligdagen;
- Wij vergoeden per dag 1x de heenreis en 1x de terugreis over de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps;
- Wij vergoeden geen:
 - Reiskosten bij een opname in verband met geestelijke gezondheidszorg;
 - Eigen bijdrage voor vervoer;
 - Reiskosten voor vervoer van en naar de opgenomen (meeverzekerde) partner;
 - Kosten voor repatriëring.

Eenvoudige loophulpmiddelen

Wat krijg je vergoed?

100%

Voorwaarden:

- Voor een rollator betalen wij alleen de huur tot een maximum van € 4 per dag.

Wat vergoeden wij niet?

- Vervanging of beschadiging van bril of lenzen en hoortoestellen;
- Je eigen risico en eigen bijdrage.

Welke ongevallen vergoeden wij niet?

De service geldt niet voor ongevallen:

- die zijn ontstaan voor de ingangsdatum van de Buitenland module;
- De Buitenland module gaat in op 01-01-2023;
- die met opzet of roekeloos handelen gebeuren door jou of één van de andere verzekerden op jouw polis. Of door iemand anders die belang heeft bij de Buitenland module;
- Wat is opzet?
 - je doet iets met het doel om een ongeluk te krijgen;
 - een actie van iemand die belang heeft bij deze Buitenland module;
 - Het ongeval is dan het bedoelde of zekere gevolg van die actie;
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een gevaarlijke sport;
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een sport waarbij je niet voldoende voorzorgsmaatregelen hebt genomen (bijvoorbeeld niet dragen van een beetje of helm bij een sport, waarbij dit gebruikelijk is);
- die ontstaan zijn tijdens het sporten en niet door een ander veroorzaakt zijn, zoals reguliere sportblessures als spierblessures, hamstringblessure, zweepslag, etc.;
- die ontstaan zijn door overmatig alcoholgebruik. Dat betekent dat je op het moment van het ongeval meer dan 0,8 promille (350 µg/l) alcohol in je bloed had. Je kan geen aanspraak maken op de Buitenland module als je na een ongeval een ademtest of een urine- of bloedproef weigert;
- die ontstaan zijn terwijl je soft- en/of harddrugs hebt gebruikt. Dit geldt niet als je deze middelen gebruikt op voorschrift van een arts. Je moet je dan wel aan de gebruiksaanwijzing houden;

- die volgens wet- of regelgeving of door een andere verzekering al worden vergoed of vergoed zouden worden als je niet bij ons verzekerd was geweest;
- die voortgekomen zijn vanuit een bedrijfsongeval. De kosten moeten verhaald worden op de werkgever of op de opdrachtgever.

Wat zijn gevaarlijke sporten?

- Autosporten: Alle autosporten 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, hanglijding, 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, skijöring;
- Overige sporten: Gevaarlijke/extreme sporten, zoals kite-buggy, rugby, freerunning.

Wanneer vergoeden wij nog meer niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijzigingen niet hebt doorgegeven;
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen;
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding;
- Zorgkosten die je hebt gemaakt in de periode dat je nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet;
- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken;
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken;
- Een niet nagekomen afspraak;
- Consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde vergoeden we niet, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- Fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut;
- Kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties;
- Behandelingen die later dan 12 maanden na het ongeval plaats hebben gevonden;
- Behandelingen die in verband met een ongeval in het buitenland (niet het woonland) plaatsgevonden hebben.

Wanneer is de Buitenland module geldig?

- De Buitenland module is geldig van 1 januari 2023 tot 1 januari 2024. Als je de module tussentijds opzegt, bijvoorbeeld door emigratie, dan vervalt de Buitenland module per einddatum van je polis. Als er over het jaar 2023 weer een Buitenland module komt, dan krijg je hier tijdig bericht over. Ga je per 1 januari over van een Buitenland module naar een Ongevallendekking Fysio & Tand en wordt op de Buitenland module al een uitkering verleend, dan wordt deze op het maximum van de Ongevallendekking Fysio & Tand in mindering gebracht.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?

- Zorgkosten van de Buitenland module krijg je pas vergoed als deze kosten niet door je basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en je 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;
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin het ongeval plaatsvond;
- Woon je in het buitenland? Dan vergoeden wij je kosten als:
 - het ongeluk in jouw woonland of Nederland heeft plaatsgevonden. In dit geval betalen wij nooit meer dan dat wij betalen voor dezelfde zorg in Nederland;

- Woon je in Nederland? Dan vergoeden wij geen kosten van een ongeval in het buitenland, tenzij:
- je 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 je woonadres. In dit geval betalen wij nooit meer dan wij vergoeden voor dezelfde zorg in Nederland. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van de Google Maps door middel van de snelst gebruikelijke route;
- De geneeskundige zorg is verleend door professionele zorgaanbieders.

Wat krijg je maximaal vergoed?

Je 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;
- € 10.000,- aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.

Hoe declareer je een nota?

Je moet binnen 3 jaar (gerekend vanaf het ongeval) de originele nota's van je 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.

Voordat je nota's voor de Buitenland module declareert, moet je eerst een aanvraagformulier invullen en uploaden. Het aanvraagformulier en de uploadmogelijkheid vind je op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/machtiging-aanvragen. Na ontvangst van het formulier ontvang je van ons een terugkoppeling op de aanvraag.

Zo declareer je een nota via internet:

- Ga naar <https://mijnzorg-ikkieszelf.asr.nl/>;
- Login met de gegevens van je Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.;
- Maak een scan van de nota en voeg deze toe;
- Verstuur de nota;

Of:

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

Meer informatie over declareren kan je lezen op: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/zorgkosten-declareren.

- Wij mogen de declaraties van de zorgaanbieders die jou hebben geholpen ook rechtstreeks betalen aan de zorgaanbieder. Via Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r kun je altijd je 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, omdat er sprake is van een beperkte vergoedingsregeling. We zullen dit bedrag boven de vergoedingsregeling rechtstreeks met jou verrekenen.

Wat moet je doen als iemand anders aansprakelijk is voor jouw zorgkosten?

Je bent verplicht:

- ons in te lichten en mee te werken bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- voordat je 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;
- Je 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 treffen, waaronder mede is begrepen het verlenen van kwijting, waardoor onze rechten zouden worden benadeeld;
- Als je je geheel of gedeeltelijk niet houdt aan wat er in dit artikel staat, moet je 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 jou aan dit geldt ook voor het eigen risico.

Hoe gaan we om met je persoonlijke gegevens?

We gaan fatsoenlijk om met je persoonlijke gegevens. We vragen je alleen om persoonlijke gegevens die nodig zijn om:

- Verzekeringen te kunnen afsluiten en te kunnen uitvoeren;
- Fraude te voorkomen en te bestrijden;
- Je per e-mail commerciële aanbiedingen te doen. Wil je dat niet? Dan kun je dat natuurlijk aangeven. Ga daarvoor naar Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

We houden ons aan:

De Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen en het addendum Zorgverzekeraars.

Meer informatie hierover vind je in onze privacyverklaring op www.asrnederland.nl/privacyverklaring. Vind je dat we iets hebben gedaan in strijd met deze gedragscode? Vertel het ons dan. Kom je er met ons niet uit en vind je ons gedrag nog steeds in strijd met deze gedragscode?

Meld het dan bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening. We kunnen telefoongesprekken opnemen. Zo beperken we administratieve rompslomp. En kunnen we met jou altijd achteraf vaststellen welke afspraken we gemaakt hebben.

De telefoongesprekken kunnen ook 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.

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>.

Kunnen wij de voorwaarden wijzigen?

Ja, we kunnen de voorwaarden van onze verzekering wijzigen. Als we dat doen, dan hoor je dat 1 maand van tevoren.

Ga je niet akkoord met de wijziging? Dan kun je de verzekering binnen 30 dagen opzeggen. Doe je dat niet? Dan zetten we je verzekering voort met de nieuwe voorwaarden.

Wanneer kunnen we jouw Buitenland module beëindigen?

- Als je geen zorgverzekering meer hebt bij Ik kies zelf van a.s.r.;
- Als je zorgpremies, eigen bijdragen of andere tegoeden niet op tijd betaalt of weigert te betalen;
- Als je je mededelingsplicht niet bent nagekomen;
- Als je hebt geprobeerd ons te misleiden;
- In bovenstaande gevallen eindigt je zorgverzekering op de in het opzeggingsbericht genoemde datum;
- Als vast is komen te staan dat er sprake is van fraude, oplichting of bedrog. De zorgverzekering eindigt dan op de datum van de dagtekening van de brief waarmee we je dit medelen. Dit kan voor ons reden zijn ook je andere a.s.r. verzekeringen direct te beëindigen. Daarnaast kunnen we aangifte doen bij de politie en je gegevens opnemen in een of meer registers die ook voor andere verzekeraars toegankelijk zijn;
- Als bij en/of na acceptatie van je verzekering blijkt dat je bent geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten de Buitenland module met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Heb je betalingsachterstand op je basis- of aanvullende verzekering?

- Als we je premie van je basisverzekering en eventuele aanvullende verzekering niet kunnen afschrijven van je rekening, krijg je hierover bericht. Je hebt dan een 'premieachterstand';
- In de aanmaning vragen wij je zo snel mogelijk, maar zeker binnen 14 dagen te betalen. Als je niet betaalt sturen we je nog een aanmaning waarin we je melden dat bij geen tijdige betaling we de aanvullende verzekeringen stoppen;

- Dat betekent dat je vanaf dat moment alleen nog een basisverzekering hebt. Ook stoppen we je jaarabonnement, als je die hebt en de Buitenland module. Deze kun je dan de rest van dat kalenderjaar niet meer gebruiken;
- Daarnaast dragen we je schuld over aan de gerechtsdeurwaarder. Vanaf dat moment moet je het verschuldigde bedrag betalen aan de gerechtsdeurwaarder. Deze verhoogt het bedrag met wettelijke incassokosten en rente;
- Wij kunnen het achterstallige bedrag verrekenen met eventueel uit te betalen vergoedingen.

Wanneer en hoe kun je de zorgverzekering beëindigen?

- Je zegt uiterlijk op 31 december online op via Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.;
- Je maakt gebruik van een overstapservice naar een andere zorgverzekeraar;
- Je een bericht hebt ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Wanneer eindigt de Buitenland module automatisch?

De service eindigt automatisch:

- Wanneer je in 2023 geen zorgverzekering meer hebt bij Ik kies zelf van a.s.r.;
- Wanneer je overlijdt (je nabestaanden moeten ons daarvan binnen twee maanden na je overlijden op de hoogte brengen);
- Wanneer je niet meer verzekerd bent op basis van de Wlz (of we moeten schriftelijk een andere overeenkomst hebben gesloten);
- Wanneer je beroepsmilitair wordt;
- Op 1 januari 2024;
- Wanneer 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 je van ons verwachten?

Dat we:

- Redelijk zijn;
- Respect voor je hebben;
- Je vertrouwen;
- De zorg waarvoor je bent verzekerd, willen vergoeden;
- Samen met jou zoeken naar een goede oplossing als je zorg nodig hebt.

Wat verlangen we van jou?

Dat je:

- 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, zoals een verhuizing, echtscheiding en geboorte. Als wij de wijziging niet binnen 30 dagen na aanvang van de gebeurtenis hebben ontvangen, wijzigen we deze verzekering met ingang van 7 dagen na de ontvangstdatum. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk;
- 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 je een regeling wilt treffen met een aansprakelijke derde.

Als je hier niet aan voldoet?

Kan dat voor ons reden zijn om:

- je recht op uitkering te laten vervallen;
- je een vergoeding te laten betalen voor de door ons geleden schade;
- je aanvullende verzekeringen 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 je verzekering, je gegevens in onze administratie en je 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. Je bent verplicht je medewerking hieraan te verlenen. Verleen je geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om je verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij je 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

Tijdens het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt je 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 jij 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;
- je zorgverzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- je contractrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- je persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- je 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.

Wil je een heroverweging of heb je een klacht?

Heroverweging

Ben je het niet eens met een beslissing van a.s.r.? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dat doe je door je machtiging opnieuw in te dienen en nieuwe medische informatie toe te voegen. Indienen kan via www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je 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. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vind je dat je klacht door ons niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Contactgegevens

Ik kies zelf van a.s.r.

www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf

WhatsApp: +31(0)6 434 624 63

