

Wijzigingen 2026

Basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen van a.s.r.

1/4

Geldend vanaf 1 januari 2026

Wijzigingen in de basisverzekeringen Eigen Keuze, Ruime Keuze en Bewuste Keuze

Dekking	
Fysiotherapie en oefentherapie	Oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder die als gevolg van axiale spondyloartritis ernstige functionele beperkingen ondervinden wordt voortaan vergoed. U wordt hiervoor behandeld door een fysio- of oefentherapeut die daarvoor speciaal is opgeleid. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig.
Gecombineerde leefstijl interventie (GLI)	De zorgaanbieder van GLI heeft aantoonbaar een geldige licentie van de licentiehouders van het GLI-programma of is zelf de licentiehouders. De periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.
Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Voor GGZ-zorg (exclusief verslavingszorg) bij een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder geldt een cessieverbod. Een cessieverbod houdt in dat uw zorgaanbieder geen nota namens u bij ons mag indienen. U betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en kunt deze bij ons declareren. Bij niet vergoede GGZ-kosten zijn de volgende regels nieuw opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> - detoxificatie voor verslaving zonder vervolgbehandeling; - klinische verslavingsbehandeling zonder ambulante vervolgbehandeling; - klinische verslavingsbehandeling buiten Europa wordt alleen in uitzonderlijke gevallen vergoed.
Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas	De zorgaanbieder moet voldoen aan de registratie eisen en herregistratie eisen die zijn vermeld op de website van Kind naar gezond gewicht. Zie hiervoor: kindnaargezondgewicht.nl/nieuws/informatie-overzicht-kwaliteitsregisters-centrale-zorgverlener-en-kinderleefstijlcoach .
Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	De forensisch arts en de verslavingsarts zijn opgenomen in de lijst met verwijzers naar medisch specialistische zorg. Behandelingen van plastisch chirurgische aard beoordelen wij door middel van de VAV werkwijzer. Zie hiervoor: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten .
Reglementen	Er is een aantal wijzigingen doorgevoerd in het Reglement Hulpmiddelen, Reglement Farmaceutische zorg en het Reglement Zvw-pgb. Zie hiervoor het Wijzigingendocument Reglementen op: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten .

Dekking	
Stoppen met roken	<p>Recht op het volgen van een stoppen met roken programma wordt uitgebreid naar maximaal 3x een traject per kalenderjaar (was 1x).</p> <p>Er zijn nieuwe voorwaarden per traject:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elk traject moet starten vanuit een nieuwe motivatie of na een terugval. - Een nieuw traject wordt alleen vergoed als het vorige is afgerond en er een nieuwe stoppoging wordt gedaan. - Voor elk traject wordt een persoonlijk zorgplan gemaakt met daarin: stopdatum, soort begeleiding, eventuele medicatie en vervolgfafspraken. - Een traject bestaat uit intake, begeleiding en nazorg, tot maximaal één jaar na de afgesproken stopdatum. Als een traject wordt gedeclareerd, betekent dat dat deze onderdelen zijn uitgevoerd. - Bij een derde traject in hetzelfde jaar is extra motivatie van de behandelaar nodig, waarin staat waarom een nieuwe poging medisch en gedragsmatig zinvol is. <p>De zorgaanbieders van een stoppen met roken programma werken volgens de regels uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de meest recente Zorgmodule Stoppen met Roken, of - de meest recente Zorgstandaard Tabaksverslaving en addendum, of - de meest recente CBO
Zintuiglijk gehandicapten zorg	Voor een aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in de klinische zintuiglijke gehandicaptenzorg heeft u vooraf onze toestemming nodig.
Algemeen	
Eigen risico (verplicht en vrijwillig)	De kosten van een door de huisarts aangevraagd meekijkconsult, waaronder het verkennend gesprek, en meedenkadvisen vallen niet onder uw eigen risico.
Uitsluitingen	<p>We vergoeden zorgkosten of kosten voor terugkeer naar Nederland (repatriëring) als die kosten niet al vergoed worden door een andere wet, regeling of verzekering. Als er een andere regeling of verzekering is die deze kosten al wel dekt, dan vergoeden wij alleen de kosten als die door de andere regeling of verzekering niet meer worden vergoed. Wij vergoeden dan alleen het deel van de kosten dat boven de maximale vergoeding van die andere regeling of verzekering uit komt.</p> <p>We vergoeden in principe geen zorg die iemand voor zichzelf of voor een gezinslid heeft voorgeschreven, geleverd of verstrekt. Dit kan alleen als wij daar van tevoren toestemming voor hebben gegeven.</p>

Wijzigingen in de basisverzekering Eigen Keuze

Dekking	
Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Gaat u voor GGZ naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 80% (was 90%) van het gemiddelde door ons gecontracteerde tarief.
Verpleging en verzorging	Gaat u voor Verpleging en Verzorging naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 80% (was 90%) van het gemiddelde door ons gecontracteerde tarief.

Wijzigingen in de basisverzekering Ruime Keuze en Bewuste Keuze

Dekking	
Ziekenvervoer	De vergoeding van ziekenvervoer bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener berekenen wij aan de hand van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief (was het gemiddelde tarief in de markt).

Wijzigingen in de aanvullende verzekering Start, Extra, Uitgebreid en Optimaal

	Aanvulling Start	Aanvulling Extra	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Dekking				
Alternatieve geneeswijzen	De beroepsverenigingen Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten (FAGT) en Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten (NVST) zijn opgegaan in Platform complementaire gezondheidszorg (Platform CGZ).			
Camouflage	Vergoeding die al door ons is verleend op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht. Ook wanneer u in het verleden bij ons verzekerd bent geweest.			
Leefstijlcoaching	Het online leefstijlprogramma van Dokter Tamara vervalt.			
Orthodontie	Als u aansluitend bij ons verzekerd was met een aanvullende verzekering waarbij in het eerste jaar maximaal € 500,- voor orthodontie werd vergoed, dan geldt dat maximum voor het eerste jaar van uw nieuwe aanvullende verzekering niet opnieuw.			
Dekking Preventie				
Diensten via de Zorg voor jezelf app	Deze dekking wordt uitgebreid met 3 extra digitale fysiotherapie afspraken. Deze extra afspraken komen bovenop de reguliere fysiotherapiebehandelingen.			
Lidmaatschap wandelbond KWbN	Dit is een nieuwe dekking. Wij vergoeden uw lidmaatschap tot maximaal € 25,- per kalenderjaar.			
Algemeen				
Uitsluitingen	<p>We vergoeden zorgkosten of kosten voor terugkeer naar Nederland (repatriëring) als die kosten niet al vergoed worden door een andere wet, regeling of verzekering. Als er een andere regeling of verzekering is die deze kosten al wel dekt, dan vergoeden wij alleen de kosten als die door de andere regeling of verzekering niet meer worden vergoed. Wij vergoeden dan alleen het deel van de kosten dat boven de maximale vergoeding van die andere regeling of verzekering uit komt.</p> <p>We vergoeden in principe geen zorg die iemand voor zichzelf of voor een gezinslid heeft voorgeschreven, geleverd of verstrekt. Dit kan alleen als wij daar van tevoren toestemming voor hebben gegeven.</p>			

Wijzigingen in de Tandarts Start, Tandarts Extra, Tandarts Uitgebreid en Tandarts Optimaal

	Tandarts Start	Tandarts Extra	Tandarts Uitgebreid	Tandarts Optimaal
Dekking				
Preventieve, diagnostische of eenvoudige behandelingen	De kosten voor gebitsreiniging met codes M01, M02 en M03 worden maximaal 75% vergoed (was 100%). Ook geldt voor deze gebitsreiniging een maximum van 45 minuten per persoon per kalenderjaar (was niet gemaximeerd).	De kosten voor gebitsreiniging met codes M01, M02 en M03 worden maximaal 75% vergoed (was 100%). Ook geldt voor deze gebitsreiniging een maximum van 50 minuten per persoon per kalenderjaar (was niet gemaximeerd).	De kosten voor gebitsreiniging met codes M01, M02 en M03 worden maximaal 75% vergoed (was 100%). Ook geldt voor deze gebitsreiniging een maximum van 60 minuten per persoon per kalenderjaar (was niet gemaximeerd).	De kosten voor gebitsreiniging met codes M01, M02 en M03 worden maximaal 75% vergoed (was 100%). Ook geldt voor deze gebitsreiniging een maximum van 70 minuten per persoon per kalenderjaar (was niet gemaximeerd).

Voor meer informatie over de wijzigingen verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden.

Deze kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wilt u weten hoe u ons kunt bereiken, ga dan naar asr.nl/contact/zorgverzekering.

Aan dit document kunt u geen rechten ontleen.