Aanvullende zorgverzekering 2026

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

a.s.r. *Doorgaan Extra*

Over deze kaart

Op deze kaart staan de **belangrijkste kenmerken** van de Doorgaan Extra van a.s.r.
Wilt u meer weten? Leest u dan de polisvoorwaarden.
Let op: deze kaart gaat alleen over de aanvullende verzekering en niet over de basisverzekering. Meer info: https://www.asr.nl/verzekeringen/collectieve-zorgverzekering-via-je-werkgever.

Welk soort verzekering is dit?

Een basisverzekering vergoedt niet alle kosten. U kunt deze kosten verzekeren met een aanvullende verzekering. U kiest zelf of u een aanvullende zorgverzekering afsluit. Een basisverzekering is verplicht. Een aanvullende verzekering is niet verplicht

Wat is verzekerd?

Welke zorgkosten krijgt u vergoed? Dat leest u in het vergoedingenoverzicht.

De belangrijkste vergoedingen zijn:

Fysiotherapie

U krijgt een vergoeding voor fysiotherapie, oefentherapie (cesar of mensendieck) en oedeemtherapie/manuele therapie. Wij vergoeden maximaal 24 behandelingen per jaar. Manuele therapie vergoeden wij tot maximaal 12 behandelingen per jaar.

Wij hebben afspraken gemaakt met een een ruim aantal fysiotherapeuten.

Brillen en contactlenzen

U krijgt een vergoeding voor brillen en contactlenzen op sterkte vanaf een dioptrie van 1.5. Wij vergoeden 1 bril van maximaal € 150,- per 2 jaar. Of lenzen tot maximaal € 75,- per jaar.

Extra informatie

De ‘dioptrie’ beschrijft de sterkte van de bril of lens.

Alternatieve zorg

U krijgt van elke rekening voor alternatieve behandelingen een vergoeding van 100%. Zoals homeopathie, chiropractie en acupunctuur. Wij vergoeden maximaal € 250,- per jaar. En maximaal € 45,- per behandeldag.

Wat is niet verzekerd?

Vergoedt de basisverzekering uw zorg? Dan vergoedt de aanvullende verzekering deze niet.

Zijn er dekkingsbeperkingen?

Zorg die wel verzekerd is, vergoeden wij niet altijd helemaal. Dit noemen we dekkingsbeperkingen. Hieronder staat welke dekkingsbeperkingen er zijn.

Stuurt de zorgverlener voor uw zorg een veel hogere rekening dan de meeste andere zorgverleners? Dan vergoeden wij maximaal het tarief dat in Nederland normaal is voor deze zorg.

Heeft uw zorg, geneesmiddel of hulpmiddel niet de kwaliteit die wij voor u willen? Dan vergoeden wij deze niet volledig.

Afspraken met zorgverleners

Wij hebben afspraken gemaakt met zorgverleners zoals fysiotherapeuten, podotherapeuten en pedicures. Hebben wij geen afspraak met uw zorgverlener? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Wilt u naar een zorgverlener waarmee wij afspraken hebben? U vindt deze op onze zorgvinder.

Orthodontie

Verzekerden tot 18 jaar:

U krijgt van elke rekening voor orthodontie een vergoeding van 80%. Wij vergoeden maximaal € 500,- in het 1e jaar. Daarna € 1.000,- per jaar tot maximaal € 1.500,- in totaal. Dit is een totaalbedrag voor alle jaren dat u bij ons verzekerd bent.

Spoedeisende zorg in het buitenland

Heeft u spoedeisende zorg in het buitenland nodig? Dan krijgt u een extra vergoeding, bovenop de basisverzekering. U krijgt deze vergoeding alleen als u tijdelijk in het buitenland bent voor maximaal 365 dagen.

Is het land geen Verdragsland of geen onderdeel van de EU of EER? Dan vergoeden wij maximaal 100% van de kosten.

Anticonceptie voor vrouwen

Voor vrouwen van 21 jaar en ouder vergoeden wij anticonceptie tot maximaal € 150,- per jaar. Wij vergoeden:

- anticonceptiepil
- koperspiraaltje
- hormoonspiraaltje
- hormoonpleister
- hormoonstaafje
- pessarium
- prikpil
- vaginale ring

Extra informatie

We vergoeden niet alle merken anticonceptiemiddelen helemaal. Voor sommige middelen betaalt u een eigen bijdrage. Vraag aan uw verzekeraar of de anticonceptie van het merk van uw keuze wordt vergoed.

Bevalling en kraamzorg

Bevalling

Vergoeding van 100% van de wettelijke eigen bijdrage en mogelijke boven maximale vergoeding bij poliklinische bevalling.

Kraamzorg

Krijgt u kraamzorg? Dan betaalt u een wettelijke eigen bijdrage in de basisverzekering. Deze aanvullende verzekering vergoedt de wettelijke eigen bijdrage tot 100% van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg thuis, in een kraamhotel of in het ziekenhuis zonder medische noodzaak.

Kraampakket

U krijgt van ons een kraampakket als u op het moment van aanvragen van het pakket zwanger bent en bij ons verzekerd bent.

Extra informatie

Poliklinische bevalling en kraamzorg worden vergoed vanuit de basisverzekering. Voor deze zorg betaalt u een verplichte eigen bijdrage. De vergoeding vanuit deze aanvullende verzekering geldt voor die eigen bijdrage.

Voetzorg

Voetzorg bij reuma en diabetes bestaat uit podotherapie en pedicure. U krijgt van elke rekening een vergoeding van 100% voor pedicure en tot maximaal €250,- per jaar voor podotherapie.

Mantelzorg

U krijgt een vergoeding voor de tijdelijke vervanging van uw mantelzorger. Wij vergoeden maximaal € 3.600,- per verzekerde per jaar.

Een mantelzorgmakelaar, een mantelzorgcoach en een mantelzorgcursus kunnen u helpen bij het verlenen van zorg. Wij vergoeden de kosten van een mantelzorgmakelaar, mantelzorgcoach en mantelzorgcursus tot maximaal € 350,- tezamen.

Gezondheidscheck

U krijgt éénmaal per kalenderjaar een vergoeding voor een a.s.r. Vitality Gezondheidscheck uitgevoerd door BENU of een Persoonlijke gezondheidscheck via de Zorg voor jezelf app uitgevoerd door Niped.

Waar ben ik gedekt?

U bent wereldwijd verzekerd. We vergoeden maximaal wat een behandeling in Nederland kost.

Heeft u spoedeisende zorg nodig in het buitenland? En heeft u deze aanvullende verzekering? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed.

Wat zijn mijn verplichtingen?

Verandert er iets in uw huishouden (zoals een adreswijziging, geboorte, scheiding of overlijden)? Geef dat aan ons door. Dat kan via Mijn Zorg.

Ontvangt u een rekening van een zorgverlener? Stuur deze dan naar ons. Dat kan via Mijn Zorg.

Hoe en wanneer betaal ik?

Iedereen van 18 jaar en ouder moet premie betalen.
- Betalen kan via automatische afschrijving.
- Betaalt u niet op tijd? Dan kunnen wij de verzekering stoppen.

U kunt kiezen hoe u betaalt:
- per maand
- per drie maanden
- per half jaar
- per jaar

Wanneer begint en eindigt de dekking?

De verzekering begint op de datum die op uw polis staat. U kunt de verzekering elk jaar per 1 januari opzeggen. Zorg dat wij uiterlijk 1 februari uw opzegging hebben ontvangen.

Extra informatie

Overstapservice: meldt u zich uiterlijk 31 december aan bij een andere zorgverzekeraar? Dan zorgt uw nieuwe zorgverzekeraar dat uw verzekering bij ons stopt.

Hoe zeg ik mijn contract op?

U kunt opzeggen via Mijn Zorg. U kunt ook gebruikmaken van de overstapservice van uw nieuwe verzekeraar.

Versie 2, 15-11-2026, Bekijk online: zorgverzekeringskaart.nl/asr/doorgaan-extra/2026
© Zorgverzekeraars Nederland, www.zorgverzekeraars.nl