

FBTO ZORGVERZEKERING VOORWAARDEN AANVULLENDE MODULES



Ik kan snel vinden wat ik zoek.



CONTACT

P.3



HOE TE HANDELEN

P.4

ALGEMENE VOORWAARDEN

P.9

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

P.23

Module Alternatieve geneeswijzen

P.32

Module Buitenland

P.35

Module Calamiteiten

P.39

Module Gezichtsorg en Orthodontie

P.41

Module Gezinsplanning

P.44

Module Therapieën

P.47

Module Tandheelkundige hulp volwassenen

P.52

Module Extra Zorg

P.54



CONTACT

Telefoon:

De afdeling Ziektelkosten is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 17.30 uur: (058) 234 55 55

Speciale telefoonnummers:

FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50
Vanuit het buitenland: +31(58) 234 56 50

Fax:

vragen met betrekking tot offerte:
(058) 234 55 54
vragen over polis en/of premienota:
(058) 234 53 64
vragen met betrekking tot vergoedingen:
(058) 234 51 84

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.
Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw verzekering kunt u via Mijn FBTO doen.

Schriftelijk:

FBTO
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden
(Informatie over het indienen van nota's kunt u terugvinden onder het hoofdstuk 'Hoe te handelen')

E-mail:

Vragen met betrekking tot offertes:
verkoop.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot de polis of de premienota en het doorgeven van wijzigingen:
administratie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:
uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist of zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's:
zorg.machtigingen@fbto.nl

Vragen met betrekking tot acceptatie:
acceptatie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot GGZ:
ggz.fbto@achmea.nl

Vragen met betrekking tot zorgverleners:
info.zorgverleners@fbto.nl

Wij verzoeken u op alle correspondentie en nota's het Burgerservicenummer van de betreffende verzekerde te vermelden.



HOE TE HANDELEN

Inzenden van nota's

Algemeen

Alleen originele nota's, niet ouder dan 36 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking. Voor nota's ouder dan 12 maanden kan een aangepaste vergoeding plaatsvinden (zie artikel 12 lid 2 van de voorwaarden).

In verband met de werking van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is het belangrijk dat u al uw ziektekostennota's bij FBTO indient. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

(Online) Declareren

Met uw FBTO Zorgverzekering kunt u gebruik maken van onze unieke declaratieservice. Ga naar MijnFBTO en log in met uw gegevens. In uw productoverzicht kiest u bij uw Zorgverzekering voor 'Zorgnota declareren'.

FBTO verwerkt uw nota('s) binnen 2 werkdagen na ontvangst. Binnen 1 week ontvangt u of de door u gekozen zorgverlener de vergoeding.

Nadat u uw nota aan FBTO heeft toegezonden, vragen wij u de originele nota een jaar in uw administratie te bewaren. Steekproefsgewijs kunnen wij u vragen de ingediende nota op te sturen. Wij vragen deze nota's op in verband met eventuele controle op fraude.

Wanneer u niet in de mogelijkheid bent uw ziektekostennota's digitaal te versturen dan kunt u uw nota's schriftelijk toesturen aan FBTO. Hiervoor moet u de volgende stappen volgen: Stap 1. Noteer het Burger Service Nummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de originele nota('s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2. Geef aan dat u deze nota "betaald" of "niet betaald" heeft. Indien u ons verzoekt een nota rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota (met inhouding van het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico) aan u overmaken. Vervolgens ontvangt u van ons bericht met het verzoek de het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Stap 3. Stuur de nota('s) naar:

FBTO

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

FBTO verwerkt deze nota's binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding binnen 10 dagen na ontvangst op uw bank- of girorekening staat.

Eigen risico (Verplicht)

Het verplicht eigen risico is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van 18 jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw verplicht eigen risico van maximaal € 165,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg, tandheelkundige hulp tot 22 jaar en bruikleen van hulpmiddelen vallen niet onder het verplicht eigen risico.

Eigen risico (Vrijwillig)

Naast het verplichte eigen risico kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 0,- tot € 500,- in stappen van € 100,-. Hoe hoger uw eigen risico, hoe hoger uw korting op de premie voor de basisverzekering. Uw vrijwillig eigen risico wordt pas aangesproken als uw verplicht eigen risico (van € 165,- per persoon per jaar) is overschreden. De kosten van huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg, tandheelkundige hulp tot 22 jaar en bruikleen van hulpmiddelen vallen niet onder het door u gekozen vrijwillig eigen risico (zie hiervoor artikel 9 van de FBTO Zorgverzekering Voorwaarden Basisverzekering).

Maandelijks gaan wij na of wij zorgkosten hebben voorgeschoten die invloed hebben op het eigen risico. Als dit het geval is, vorderen wij die (gedeeltelijke) kosten middels automatische incasso van het bij ons bekende rekeningnummer.

Medische kosten in het buitenland

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 (58) 234 56 50. Dit nummer is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp nodig is. Bijvoorbeeld in geval van een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- worden aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Wanneer u gebruik maakt van deze zorgverleners dan worden de nota's rechtstreeks door ons betaald. Wij verzoeken u de nota met het Burgerservicenummer van de verzekerde waarde nota betrekking heeft samen met het ingevulde vragenformulier in te sturen. Dit formulier kunt u downloaden

op fbto.nl. of bij ons opvragen. Wanneer u de nota samen met het formulier naar ons toestuur, bespoedigt dit de afwikkeling van uw nota(s).

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op hebt, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld.

Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Behandelingen met toestemming vooraf

Op basis van de polisvoorwaarden moet voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming worden gevraagd. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- orgaantransplantaties;
- bijzondere tandheekunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood;
- behandelingen in het buitenland.

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden.

Wij raden u aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

Behandelplan (module Therapieën art. 15 lid 2)

Als u bij paramedische zorg hebt gekozen voor "onbepaalde" dekking en u hebt meer dan achttien fysiotherapeutische behandelingen nodig, dan moet u volgens de vergoedingsregel van de module therapieën een aanvraag indienen voor verlenging van vergoeding. Voor deze aanvullende behandelingen kunt u 14 dagen voor afloop van de eerste achttien behandelingen toestemming bij FBTO aanvragen. U dient hiervoor het behandelplan volledig ingevuld en indien nodig ondertekend aan ons te retourneren. Het behandelplan kunt u downloaden via fbto.nl.

Het behandelplan wordt dan op medische noodzaak beoordeeld door onze paramedisch adviseur. Wij informeren u vervolgens schriftelijk over het aantal behandelingen dat nog voor vergoeding in aanmerking komt.

Services

Apotheekservice

Op vertoon van uw FBTO zorgpas declareert de apotheker de kosten rechtstreeks bij FBTO. Als u de nota in de apotheek moet afrekenen, kunt u de nota op gebruikelijke wijze bij ons declareren.

Second opinion

U hebt naast de vergoeding van second opinion in de basisverzekering recht op vergoeding van de kosten van een second opinion consult in Nederland of een andere EU/EER-staat door een tandarts. Een second opinion is een tweede mening op basis van het beschikbare medisch dossier van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. De vergoeding heeft uitsluitend betrekking op de second opinion en niet op de eventuele vervolgbehandeling.

Vakantiedokter

Gratis advies bij niet spoedeisende medische vragen voor en/of tijdens vakantie.

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van de kinderen heeft al twee dagen last van buikpijn. Wat doet u dan? Gaat u naar de plaatselijke dorpsdokter? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter!

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (71) 36 41 802.

U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn. Als het nodig is, verbindt die u meteen door met een verpleegkundige of een arts. Ook voor vaccinatie-advies kunt u de Vakantiedokter bellen.

Zorgpas/Inkoopvoordelen

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en diensten van:

- Specsavers. U ontvangt 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril of 15% korting op lenzen bij contante afrekening in de Specsavers vestiging;
- Motifactor. Bij inschrijving van een bewegingsprogramma via Motifactor ontvangt u één uur persoonlijke coaching (ter waarde van € 75,-) gratis;
- Flexitax. Bij gebruik van een taxi (in verband met ziekenvervoer) die is aangesloten bij Flexitax ontvangt u 10% korting op de vervoerstarieven.
- Swim safe float suit. U betaalt in plaats van € 69,95 voor de Swim Safe Float Suit slechts € 44,95.

Wijzigen van modules

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 8 modules. U kunt deze modules maandelijks toevoegen. Opzeggen kan natuurlijk ook. De module vervalt na opzegging per de eerste van de volgende kalendermaand.

Voor een aantal behandelingen is er sprake van een wachttijd. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt.

- Gezichtsorg en Orthodontie:

Voor de module Gezichtsorg en Orthodontie geldt voor plastische chirurgie een wachttijd van 24 maanden.

- Module Therapieën:

Wanneer u de module Therapieën niet gelijktijdig met de FBTO Zorgverzekering (Basisverzekering) afsluit, is er voor paramedische zorg sprake van een wachttijd van zes maanden. Deze wachttijd geldt ook wanneer u in de genoemde modules een hogere dekking afsluit.

- Module Tandheelkundige hulp:

Er geldt voor kronen, bruggen, inlays, enkele implantaten en parodontologische behandelingen in de module tandheelkundige hulp een wachttijd van zes maanden. Verzekerden die achttien worden en de module tandheelkundige hulp vanaf de eerstvolgende maand volgend op hun verjaardag afsluiten, vervalt deze wachttijd.

- Module Extra Zorg:

Voor de vergoeding van kosten van palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis en vervangende mantelzorg een wachttijd van zes maanden.

Voor het doorgeven van wijzigingen kunt u terecht op fbto.nl.

ALGEMENE VOORWAARDEN



H1 ALGEMENE DEFINITIES EN BASISAFSPRAKEN

P.10

- 1 Onze algemene definities
- 2 Onze basisafspraken



H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN

P.12

- 3 Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en FBTO? En hoe lang?
- 4 Kan FBTO de overeenkomst wijzigen? En wat betekent dit voor u?
- 5 Welke wijzigingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?
- 6 Wanneer kunt u of FBTO de overeenkomst opzeggen?



H3 VERHUIZEN

P.14

- 7 Wat verwacht FBTO van u als u verhuist?
- 8 Waarom is goede adressering zo belangrijk?



H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITINGEN

P.15

- 9 Welk recht en welke taal zijn van toepassing?
- 10 Hoe beschermt u uw persoonsgegevens?
- 11 Wat zijn de gevolgen van fraude?

- 12 Wat betekent de terrorisme-clausule voor u?
- 13 In welke gevallen kunt u geen beroep op FBTO doen?
- 14 Welke kosten vergoedt FBTO niet?



H5 PREMIE

P.18

- 15 Betaling van uw premie



H6 VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

P.19

- 16 Welke regels gelden als u medische zorg inroept?
- 17 Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van de medische kosten?
- 18 Op welke wijze vergoedt FBTO de nota's van medische kosten?



H7 ANDERE VERZEKERINGEN

P.21

- 19 Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?



H8 KLACHTEN

P.22

- 20 Hoe handelt u bij klachten?



H1 ALGEMENE DEFINITIES EN BASISAFSPRAKEN

Artikel 1 – Onze algemene definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. a.wij, ons, onze, FBTO: Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- b. u, uw: de persoon, die de overeenkomst sluit.
- c. verzekerde: de persoon of personen, die u met deze overeenkomst verzekerd hebt.
- d. contractsvervaldag: de datum, waarop de overeenkomst met één jaar wordt verlengd.
- e. kalenderjaar: de periode van 1 januari tot en met 31 december.

Artikel 2 – Onze basisafspraken

lid 1 Wij baseren deze overeenkomst met u op:

- het volledig en juist beantwoorden van de vragen, die FBTO u stelt;
- de door u verstrekte gegevens. Deze gegevens kunt u zowel telefonisch, schriftelijk als elektronisch aan FBTO hebben doorgegeven;
- de elektronische polis, die FBTO heeft afgegeven op basis van de door u verstrekte gegevens;
- uw controle op juistheid en volledigheid van de gegevens op deze polis. Als FBTO gegevens schriftelijk of elektronisch bevestigt, controleert u deze gegevens op juistheid. Bij onjuistheid bent u verplicht FBTO direct te informeren over de juiste gegevens. Als u verzuimt FBTO te informeren wordt deze overeenkomst geacht niet tot stand te zijn gekomen. U kunt dan geen beroep doen op deze overeenkomst;
- de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering en de Productvoorwaarden kunt u raadplegen op fbto.nl;
- de afspraak dat elke op de polis genoemde module geldt voor de verzekerden gezamenlijk. In afwijking hiervan geldt de Module 'tandheelkundige hulp' uitsluitend voor de personen, die op de polis zijn vermeld;
- uw instemming met de polis, Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering en Productvoorwaarden;
- uw vrije keuze van zorgverlener voorzover de zorgverlener voldoet aan de eisen, die de overheid stelt of er sprake is van een door FBTO erkende beroepsorganisatie van soortgelijke zorgverleners.

- lid 2 De module(s) van de Productvoorwaarden beschrijven de verzekeringsdekking, die u gekozen hebt. De elektronische polis vermeldt welke module(s) van toepassing zijn op deze overeenkomst. De Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering zijn ondergeschikt aan de Productvoorwaarden.
- lid 3 MijnFBTO geeft u op elk moment van de dag inzage in uw FBTO Zorgverzekering. U kunt hier uw persoonlijke informatie raadplegen en wijzigingen doorgeven.



H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN

2

Artikel 3 – Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en FBTO? En hoe lang?

- lid 1 De overeenkomst gaat in op de datum, die op de elektronische polis als ingangsdatum is vermeld.
- lid 2 De looptijd van de overeenkomst is één kalenderjaar. Wanneer de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar ingaat, geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar.
- lid 3 De overeenkomst wordt daarna steeds met één kalenderjaar verlengd.

Artikel 4 – Kan FBTO de overeenkomst wijzigen? En wat betekent dit voor u?

- lid 1 FBTO mag de premie en/of voorwaarden van deze overeenkomst wijzigen op een door FBTO te bepalen datum. Wij informeren u altijd over wijzigingen. Als u geen gebruik maakt van uw recht dat in artikel 4 lid 2 staat, dan stemt u in met de wijziging.
- lid 2 U mag binnen één maand nadat de wijziging in de voorwaarden van kracht is geworden FBTO schriftelijk meedelen dat u – door deze wijziging – de overeenkomst wilt beëindigen. De overeenkomst eindigt dan op de datum dat de wijziging van kracht zou zijn geworden. Bij wijziging van de premie mag u opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop u het bericht heeft ontvangen en de datum van inwerkingtreding van de wijziging. Eventueel teveel betaalde premie betalen wij terug.
- lid 3 U hebt niet het recht de overeenkomst te beëindigen als:
 - FBTO de premie verlaagt of u betere voorwaarden aanbiedt;
 - de wijziging het gevolg is van wettelijke regelingen (zoals een wijziging van de omvang van de zorg op grond van de AWBZ of een wijziging van de Zorgverzekeringswet);
 - de wijziging van de premie het gevolg is van de leeftijdsgebonden tariefstructuur,
 - de wijziging van de premie het gevolg is van het sluiten van de Overeenkomst Zorgverzekeringswet bij een andere verzekeringsmaatschappij dan FBTO.

Artikel 5 – Welke wijzigingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?

- lid 1 U informeert FBTO schriftelijk, telefonisch of elektronisch over wijzigingen in de verzekerde gezinssamenstelling zoals geboorte, adoptie, echtscheiding, overlijden, vestiging van één of meer verzekerde(n) op een ander adres, of een wijziging van uw e-mailadres. Indien u ons later

dan 30 dagen na de wijziging in uw gezinssamenstelling informeert gaat de wijziging in op de datum van melding; eventueel teveel berekende premie wordt dan niet met u verrekend.

- lid 2 U kunt FBTO op elk moment vragen de verzekeringsdekking met één of meer modules uit te breiden. De uitbreiding van de verzekeringsdekking wordt van kracht op de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin uw verzoek is ontvangen.
- lid 3 Voor de FBTO Internet Zorgverzekering geldt dat u de modules maandelijks kunt toevoegen of beëindigen. De bijverzekering of beëindiging gaat in per de eerste van de volgende maand. In bepaalde gevallen krijgt u te maken met een wachttijd op vergoedingen. Zie hiervoor de productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering. U kunt de samenstelling van uw Zorgverzekering telefonisch of via MijnFBTO doorgeven.

Artikel 6 – Wanneer kunt u of FBTO de overeenkomst opzeggen?

- lid 1 U kunt de overeenkomst per mail opzeggen binnen 14 dagen na ontvangst van de mail waarin de verzekering is bevestigd. De zorgverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel gedeclareerde schadekosten terugbetaalt.
- lid 2 U kunt de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien u de overeenkomst niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 3 U kunt de overeenkomst opzeggen – binnen een termijn van uiterlijk twee maanden – als FBTO een redelijk vermoeden heeft dat u onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt in verband met deze overeenkomst en FBTO de verzekeringsdekking en/of de premie aanpast door de onjuiste of onvolledige informatie. Eventueel teveel betaalde premie wordt dan aan u terugbetaald.
- lid 4 FBTO kan de overeenkomst beëindigen per de datum, dat u of een verzekerde een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of vervalste of misleidende stukken heeft overlegd; zie ook artikel 11.
- lid 5 FBTO kan de verzekeringsdekking voor u of een verzekerde beëindigen, als u of een verzekerde zich voor een periode van langer dan twaalf maanden buiten Nederland bevindt.
- lid 6 FBTO zegt de overeenkomst op met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont.



H3 VERHUIZEN

3

Artikel 7 – Wat verwacht FBTO van u als u verhuist?

- lid 1 U stuurt FBTO – vòòr uw verhuizing – een adreswijziging.
- lid 2 U informeert FBTO als u of een verzekerde voor een aaneengesloten periode van twaalf maanden of langer buiten Nederland verblijven; zie artikel 6.

Artikel 8 – Waarom is goede adressering zo belangrijk?

FBTO gaat ervan uit dat berichten die gestuurd zijn naar het laatst bekende (e-mail) adres u hebben bereikt.



H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITINGEN

Artikel 9 – Welk recht en welke taal zijn van toepassing?

- lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 U en FBTO communiceren in de Nederlandse taal met elkaar.

Artikel 10 – Hoe beschermt u uw persoonsgegevens?

- lid 1 FBTO handelt volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.
- lid 2 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, ter voorkoming en bestrijding van fraude, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement. Wij kunnen uw persoonsgegevens ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Indien u hier geen prijs op stelt, dan kunt u dit schriftelijk melden aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden, of per mail aan relatiebeheer@fbto.nl.
- lid 3 Voor het uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst kunnen wij uw gegevens beschikbaar stellen aan derden. Wanneer wij gebruik maken van derden is de privacywetgeving van toepassing. Het privacystatement kunt u raadplegen op fbto.nl.

Artikel 11 – Wat zijn de gevolgen van fraude?

- lid 1 Onder fraude wordt verstaan het misleiden van FBTO om een (hogere) uitkering uit deze verzekeringsovereenkomst te krijgen of proberen te krijgen. Ook het geven van onjuiste informatie, op basis waarvan FBTO deze overeenkomst is aangegaan, valt onder het begrip fraude. Een redelijk vermoeden van fraude kan als fraude worden aangemerkt. Fraude wordt door ons sneller aangenomen dan in een strafproces gebruikelijk is.
- lid 2 Als er sprake kan zijn van fraude, laat FBTO de omstandigheden onderzoeken door een gespecialiseerd en gecertificeerd onderzoeksbureau. U bent verplicht mee te werken aan dit onderzoek. FBTO vergoedt de gedeclareerde kosten niet en zegt de overeenkomst op als u geen medewerking verleent aan dit onderzoek. U wordt door FBTO schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau geïnformeerd.
- lid 3 Fraude heeft tot gevolg dat er geen uitkering wordt gedaan. Behalve als u of de verzekerde kunt aantonen dat de fraude het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt. Eventueel onterecht

uitgekeerde bedragen worden teruggevorderd. FBTO mag bij fraude ook de expertisekosten en de onderzoekskosten aan u in rekening brengen.

- lid 4 FBTO mag de overeenkomst beëindigen volgens artikel 6 lid 4, tenzij u of de verzekerde kunnen aantonen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerde.
- lid 5 FBTO mag aangifte doen van de fraude bij de politie.
- lid 6 FBTO registreert uw gegevens bij de Stichting CIS; zie ook artikel 10 lid 2,
- lid 7 FBTO verricht in het kader van deze aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst materiële controle en/of fraudeonderzoek conform hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. FBTO hanteert hiervoor per (cluster) zorgsoort een controleplan. Dit controleplan is opvraagbaar.

Artikel 12 – Wat betekent de terrorismeclausule voor u?

- lid 1 FBTO is, zoals bijna alle verzekeraars in Nederland, aangesloten bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT). Daarom kan FBTO de schade-uitkering beperken als er sprake is van terrorisme, kwaadwillige besmetting en dergelijke. Ook preventieve maatregelen, handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting en dergelijke beperken de schade-uitkering.
- lid 2 De volledige clausule 'Afwikkeling Claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.' is als bijlage opgenomen. Bovendien kunt u voor meer informatie kijken op www.terrorismeverzekerd.nl.

Artikel 13 – In welke gevallen kunt u geen beroep op FBTO doen?

- lid 1 FBTO keert niet uit als de schade en/of kosten veroorzaakt zijn door of ontstaan zijn uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. De definities van deze begrippen zijn als bijlage opgenomen.
- lid 2 FBTO keert niet uit als de schade is veroorzaakt door atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. De tekst van deze uitsluiting is als bijlage opgenomen.
- lid 3 FBTO keert niet uit als de schade opzettelijk of door roekeloosheid van u of een verzekerde is veroorzaakt of verergerd.
- lid 4 FBTO keert niet uit als u of de verzekerde met opzet feiten verzwijgen, omstandigheden bewust niet vermelden of valse opgave doen met betrekking tot de gemelde schade.
- lid 5 FBTO keert niet uit als u of de verzekerde zich niet houden aan de verplichtingen, die in deze overeenkomst zijn vermeld en de belangen van FBTO daardoor worden geschaad.
- lid 6 FBTO keert niet uit als de schade is veroorzaakt door een ernstige mate van schuld van u of de verzekerde.

Artikel 14 – Welke kosten vergoedt FBTO niet?

FBTO vergoedt niet de kosten, die verband houden met:

- lid 1 vorm- en/of uiterlijkveranderende operaties. FBTO kan – op een schriftelijk verzoek van u of uw arts – toestemming geven van deze regel af te wijken (bijvoorbeeld bij verminkingen door een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking);
- lid 2 haargroeimiddelen;
- lid 3 het ongedaan maken van kunstmatig verkregen steriliteit;
- lid 4 niet erkende geneeswijzen, behalve als in de verzekerde modules hiervan wordt afgeweken. Om voor vergoeding van kosten voor 'niet erkende geneeswijzen' in aanmerking te komen neemt U de regels, die hierbij worden gesteld strikt in acht.
- lid 5 de eigen bijdragen, die volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet voor uw rekening komen. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken.
- lid 6 hulp, die een huisarts of medisch specialist verleent op een gebied, dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening van de huisarts of tot het specialisme van de medisch specialist;
- lid 7 kosten van vaccinaties (zoals bijvoorbeeld de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;
- lid 8 hulp, die verleend wordt in niet erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureau's, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureau's voor opvoedings- en levensmoeilijkheden.
- lid 9 hulp, die verleend wordt door orthopedagogen, diëtisten en voedingsdeskundigen;
- lid 10 overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privé-kliniek;
- lid 11 kosten van medische behandeling, die een zorgverlener aan zichzelf of zijn gezinsleden in rekening brengt;
- lid 12 vervoer om vanuit een medische instelling met weekeinde- of vakantieverlof te gaan;
- lid 13 het niet verschijnen van een verzekerde op een afspraak met de zorgverlener;
- lid 14 geneesmiddelen, die niet voldoen aan de begripsomschrijving 'Farmaceutische zorg' (zie artikel 1 Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering);
- lid 15 experimentele zorg en/of zorg, die niet voldoet aan de definitie 'medisch noodzakelijk' van artikel 1 van de Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering;
- lid 16 klassieke (orthopedische) steunzolen;
- lid 17 Uvuloplastiek.



Artikel 15 – Betaling van uw premie

- lid 1 Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, incasseert FBTO het bedrag dat op de eerste premienota staat.
- lid 2 FBTO incasseert de eerste werkdag van iedere kalendermaand uw premie.
- lid 3 U mag geen premie en kosten, die FBTO in rekening brengt verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
- lid 4 FBTO deelt u mee wat de gevolgen zijn voor de geldigheid van deze overeenkomst als u te laat betaalt.
- lid 5 Als incasseren niet mogelijk is en deze overeenkomst uiteindelijk om die reden wordt beëindigd, dan wordt het openstaande bedrag verhoogd met incassokosten en wettelijke rente. Betaling van het gehele openstaande bedrag geeft u geen automatisch recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.
- lid 6 Uw betalingsverplichtingen blijven bestaan in de periode nadat deze overeenkomst is beëindigd.
- lid 7 FBTO kan het openstaande (premie)bedrag verrekenen met een u of de verzekerde toekomstige vergoeding uit deze overeenkomst. FBTO neemt titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek in acht.
- lid 8 U geeft uw bankinstelling geen opdracht voor het terugboeken van meer dan één termijnbetaling.



H6 VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

Artikel 16 – Welke regels gelden als u medische zorg inroept?

- lid 1 U of de verzekerde legitimeren zich als het ziekenhuis, de polikliniek of de dienstenstructuur (zie artikel 1 van de Productvoorwaarden) hierom vraagt.
- lid 2 U of de verzekerde vraagt de behandelend arts of medisch specialist de reden van opname bekend te maken, als onze de medisch adviseur daarom vraagt.
- lid 3 U of de verzekerde verleent medewerking bij het opvragen van informatie, die FBTO of de diens medisch adviseur noodzakelijk vindt in verband met de gevraagde medische zorg.
- lid 4 U of de verzekerde ondersteunt FBTO bij het verhaal op een aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u of de verzekerde geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of zijn verzekeringsmaatschappij. Wanneer onze belangen geschaad worden doordat deze verplichting niet wordt nagekomen, betaalt FBTO geen vergoeding voor de betreffende medische kosten.

Artikel 17 – Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van medische kosten?

- lid 1 U hebt recht op vergoeding van de verzekerde kosten, die zijn gemaakt tijdens de periode dat deze overeenkomst van kracht is.
- lid 2 De datum waarop de kosten zijn gemaakt, is bepalend voor de vaststelling van uw recht op vergoeding.
- lid 3 FBTO vergoedt uitsluitend originele nota's van zorgverleners. Deze nota's moeten gespecificeerd zijn volgens de regels, die met de betreffende beroepsgroep van zorgverleners is afgesproken.
- lid 4 FBTO vergoedt alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen met in acht neming van artikel 14. Voor de definitie van 'medisch noodzakelijk' verwijzen wij naar artikel 1 van de Productvoorwaarden.
- lid 5 Nota's die betrekking hebben op behandelingen, die 12 maanden of langer geleden zijn verricht, worden vergoed met een vertraging van tenminste 3 maanden na het indienen van de nota's. FBTO heeft deze extra tijd nodig om onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de vordering. Bovendien berekent FBTO het u toekomstige bedrag in relatie met de reeds ontvangen vergoedingen in de betreffende kalenderjaren.
- lid 6 U hebt geen recht op vergoedingen van de verzekerde kosten als u of de verzekerde verplichtingen uit deze overeenkomst niet nakomen, en FBTO aantoont dat daardoor haar belangen zijn geschaad.

- lid 7 Als FBTO meer vergoed heeft dan waarop u of de verzekerde(n) recht hebben, verleent u automatisch volmacht aan FBTO om het teveel betaalde van uw rekening te incasseren.

Artikel 18 – Op welke wijze vergoedt FBTO de nota's van medische kosten?

- lid 1 FBTO schrijft het u toekomende bedrag over op het door u opgegeven rekeningnummer.
- lid 2 Als u of de verzekerde de nota van de zorgverlener hebt betaald, vergoedt FBTO het u toekomende bedrag. Indien dit bedrag hoger is dan het bedrag waar de zorgverlener recht heeft, machtigt u FBTO om het teveel betaalde terug te vorderen op de betreffende zorgverlener.
- lid 3 Als de zorgverlener de nota in verband met het inroepen van medische zorg door u of een verzekerde aan FBTO zendt, vergoedt FBTO het bedrag waarop u of de verzekerde volgens de bepalingen van deze overeenkomst recht hebt rechtstreeks aan de zorgverlener;
- lid 4 Als u gebruik maakt van de FBTO Apotheek Service vergoedt FBTO de kosten voor medicijnen rechtstreeks aan de apotheker, met uitzondering van de eigen bijdrage. Deze service geldt niet voor medicijnen die vanuit de aanvullende module. Als er een eigen risico van toepassing is, ontvangt u (periodiek) een nota voor het bedrag – dat door het eigen risico – ten onrechte voor rekening van FBTO is gekomen.



H7 ANDERE VERZEKERINGEN

Artikel 19 – Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?

Als recht op vergoeding van de medische kosten door meer dan één verzekering, subsidie- of overheidsregeling word(t)(en) gedekt, wordt uw verzoek om vergoeding van de medische kosten in behandeling genomen met in acht neming van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek.

U machtigt FBTO het aan u betaalde bedrag geheel of gedeeltelijk terug te vorderen van de instantie tot wie u zich ook had kunnen wenden voor betaling van deze medische kosten.















H8 KLACHTEN

Artikel 20 – Hoe handelt u bij klachten?

- lid 1 Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kunt u in eerste instantie voorleggen aan het management van de afdeling met wie u contact hebt.
- lid 2 Indien lid 1 niet leidt tot een oplossing, die voor u bevredigend is dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Directie FBTO/Klachtenmanagement FBTO
 - Postbus 50
 - 8900 AB Leeuwarden
 - fax. 058-2345702
 - e-mail: www.fbto.nl (zie Klantenservice)
- U ontvangt binnen 3 weken na ontvangst van uw klacht een inhoudelijk reactie.
- lid 3 Indien lid 2 niet (tijdig) leidt tot een oplossing, die voor u bevredigend is dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
 - Postbus 291
 - 3700 AG Zeist
 - tel. 030- 6988360
 - fax. 030- 6988245
- lid 4 Als u geen gebruik wilt maken van één of meer van de mogelijkheden, die onder lid 1 tot en met lid 3 zijn genoemd of u vindt de uitkomst niet bevredigend dan kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

PRODUCTVOORWAARDEN
AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

	H9 AANVULLENDE DEFINITIES	P.25	MODULE GEZICHTSZORG EN ORTHODONTIE	P.41
	H10 PREMIE	P.30		
	H11 GELDIGHEIDSGEBIED	P.31	 H16 RECHTEN	P.42
			MODULE GEZINSPLANNING	P.44
	MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN	P.32	 H17 RECHTEN	P.45
	H12 RECHTEN	P.33	MODULE THERAPIEËN	P.47
	H13 VERGOEDINGEN	P.34	 H18 RECHTEN	P.48
	MODULE BUITENLAND	P.35	MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN	P.52
	H14 RECHTEN	P.36	 H19 RECHTEN	P.53
	MODULE CALAMITEITEN	P.39	MODULE EXTRA ZORG	P.54
	H15 RECHTEN	P.40	 H20 RECHTEN	P.55



H9 AANVULLENDE DEFINITIES

Artikel 1 – Onze aanvullende definities Zorgverzekering

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- Arts: Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- Arts voor de jeugdgezondheidszorg: De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
- AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- Bedrijfsarts: Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGCR) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten;
- Bekkentherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- BIG: Zie Wet BIG;
- Bijna-thuis-huis: Een huis dat bestemd is voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en waarbij het sterven dus binnen een afzienbare tijd in het verschiet ligt;
- BSN: Burgerservicenummer (was voorheen het sofinummer);
- Dagbehandeling: Opname korter dan 24 uur;
- Dienstenstructuur: Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief;
- Eerstelijns psycholoog: Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings – en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Ergotherapeut*: Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;

- EU/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, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van de verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijk gesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Farmaceutische zorg: De ter handstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement;
- Fysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG;
- Gezin: Twee volwassenen, die samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben. Tot het gezin behoren ook de ongehuwde eigen-, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. Voor deze kinderen moet aanspraak bestaan op kinderbijslag of een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering;
- GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS wordt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet geregeld. Geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen, worden niet vergoed. Per geneesmiddel geldt ook een maximale vergoeding. Zodra een leverancier deze maximale vergoeding overschrijdt moet de verzekerde het bedrag boven de limiet zelf betalen. Deze eigen bijdrage wordt de GVS-bijdrage genoemd.
- GZ-psycholoog: Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.
- Hospice: Een verblijf voor terminale patiënten;
- Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, die valt onder artikel 34 Wet BIG;
- Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- Hulpmiddelenzorg: De voorziening in de behoefte aan hulpmiddelen, die in het Reglement Hulpmiddelen zijn beschreven. Het Reglement voldoet aan de eisen van de Minister. Ook verbandmiddelen vallen onder het begrip hulpmiddelenzorg. FBTO stelt eisen aan de omstandigheden, waaronder een beroep op hulpmiddelenzorg kan worden gedaan, de termijnen, waarop u recht hebt op de hulpmiddelenzorg en het volume van de hulpmiddelenzorg. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO;

- Kaakchirurg: Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
 - Kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december;
 - Kinderfysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
 - Kinder- of jeugdpsycholoog: Psycholoog, die is ingeschreven bij het NIP met de kwalificatie kinder- en jeugdpsycholoog;
 - Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling;
 - Logopedist*: Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut";
 - Mantelzorg: De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten; zoals familieleden, vrienden, kennissen en burenen;
 - Manueel therapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
 - Medisch adviseur: De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert;
 - Medisch noodzakelijk: De noodzaak van verpleging, onderzoek en behandeling volgens in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of revalidatie-inrichting. Er is sprake van algemeen geaccepteerd medisch handelen als voor de behandeling een tarief is vastgesteld, dat is goedgekeurd door de Minister.
- In de volgende situaties moet vooraf toestemming aan FBTO gevraagd worden; ook als de behandelend arts 'medisch noodzakelijk' veronderstelt voor:
- medisch noodzakelijke zorg naar het buitenland gaan (vanuit Nederland) artikel 3 lid 3
 - elektrische epilatie gezichtsbehaarung artikel 13 lid 5
 - plastische chirurgie (ooglid-, borst- en oorcorrecties) artikel 13 lid 7
 - invriezen sperma artikel 14 lid 4
 - couveuse nazorg artikel 14 lid 6
 - potentie verhogende middelen artikel 14 lid 9
 - psoriasisdagbehandeling artikel 15 lid 7
 - therapeutisch kamp voor astmatische kinderen artikel 15 lid 10
- De genoemde artikelen geven uw rechten precies weer;

- Medisch specialist: Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- Mondhygiënist*: Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist”;
- Oedeemtherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- 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”;
- Opname: Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden;
- Orthodontie: Gebitsregulatie;
- Orthodontist: Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde;
- Palliatieve zorg: Patiëntenzorg die gericht is op het verminderen (= verzachten, palliatie) van de pijn en andere klachten tijdens het laatste (= terminaal) stadium van een ongeneeslijke ziekte;
- Paramedische zorgverlener: De zorg, die verleend wordt door de zorgverleners, die in dit artikel zijn aangeduid met *;
- Pedicure*: Een rechtmatig gevestigde pedicure, die in het bezit is van de door de branche erkende vakdiploma’s en die voldoet aan de kwaliteitseisen van Pro Voet;
- Podotherapeut: Podotherapeut, die voldoet aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten;
- Reglement Hulpmiddelen: Het Achmea Reglement Hulpmiddelen;
- Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie;
- Schoonheidsspecialist(e): Een rechtmatig gevestigde schoonheidsspecialist, die in het bezit is van het diploma Schoonheidsverzorging en die voldoet aan de kwaliteitseisen van ANBOS;
- Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG;

- Tandprotheticus*: Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus";
- UPT-tarief: Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp;
- Verblijf: Opname met een duur van 24 uur of langer;
- Verloskundige: Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG;
- Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Zelfstandig behandelcentrum: Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenhuis: Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenvervoer: Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto, veerboot of helikopter van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar een zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk vervoer is sprake als het om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer;
- Zorgverlener: De aanbieder van medische zorg, die voldoet aan de eisen, die in deze overeenkomst worden gesteld. De diensten van de zorgverleners komen voor vergoeding in aanmerking voorzover hun declaratie overeenstemt met de afspraken, die tussen hun beroepsgroep en de zorgverzekeraars zijn gemaakt;
- Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.



H10 PREMIE

Artikel 2 – Hoe wordt uw premie berekend?

- lid 1 De premie wordt berekend op basis van de leeftijd van de volwassen verzekerde leden van uw gezin.
- lid 2 Als tijdens de looptijd van deze overeenkomst de gezinssamenstelling wijzigt, wordt de premie aangepast aan de situatie, die op dat moment ontstaat.
- lid 3 Als één of meerdere verzekerde gezinsleden verhuizen, bijvoorbeeld in verband met een studie, wordt de premie aangepast aan de situatie, die op dat moment ontstaat.
- lid 4 Als u de Overeenkomst Zorgverzekeringswet (Basisverzekering) onderbrengt bij een andere zorgverzekeraar dan FBTO, dan brengen wij voor de FBTO Aanvullende Zorgverzekering administratiekosten in rekening.



H11 GELDIGHEIDSGEBIED

Artikel 3 – In welke landen bent u verzekerd?

- lid 1 U kunt een beroep doen op deze overeenkomst als de zorg in Nederland wordt verleend.
- lid 2 Lid 1 is niet van toepassing als de module 'Buitenland' van toepassing is.
- lid 3 U kunt – voorafgaande aan de zorgverlening – schriftelijk een verzoek indienen bij de medisch adviseur van FBTO als u de medische zorg buiten Nederland wilt invoeren. Indien u niet akkoord bent met het advies van de medisch adviseur wijzen u en FBTO in overleg een medisch specialist aan. U en FBTO stellen een onderzoeksopdracht op voor deze medisch specialist. De specialist stelt een advies op – rekening houdend met de onderzoeksopdracht en deze overeenkomst – over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Op basis van dit advies neemt FBTO een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

Artikel 4 – Welke modules zijn van toepassing?

Op deze overeenkomst zijn uitsluitend van toepassing de modules, die op de elektronische polis zijn vermeld.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN**



Artikel 5 – Op welke alternatieve zorg (niet reguliere behandelwijzen) hebt u recht?

- lid 1 De zorg moet gegeven worden door een alternatief genezer of therapeut die voldoet aan de door FBTO opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen of raadplegen op fbto.nl. U raadpleegt de lijst vòòrdat met de behandeling wordt begonnen. Bij twijfel informeert u bij FBTO, zodat er helderheid is over uw recht op vergoeding.
- U ontvangt geen vergoeding als de behandelaar niet is aangesloten bij de beroepsverenigingen, die op deze lijst staan of de behandelaar een andere behandeling toepast dan de behandelingen waarvoor de kwaliteitseisen gelden.
- lid 2 Voor de kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast, kunt u kiezen uit 2 verschillende vergoedingsbedragen. Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot:
- Keuze 1: maximaal € 500,-;
- Keuze 2: maximaal € 750,-.
- lid 3 Per bezoeksdatum wordt maximaal een bedrag van € 35,- vergoed als de behandeling wordt uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij een beroepsvereniging die op de beroepsverenigingenlijst van FBTO staat vermeld.
- lid 4 Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. FBTO kan beoordelen of dit inderdaad het geval is.



Artikel 6 – Welke antroposofische-, homeopathische- en zelfzorg geneesmiddelen worden vergoed?

- lid 1 Wij vergoeden maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door een arts. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Tevens vergoeden wij homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding u.a. (uitsluitend apotheek) mits deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen.
- lid 3 Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen.
De zelfzorg geneesmiddelen moeten zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Hulp en komen alleen voor vergoeding in aanmerking als ze chronisch (dat wil zeggen langer dan zes maanden) gebruikt moeten worden. Wij vergoeden de eigen bijdrage, namelijk de kosten van de eerste vijftien dagen dat u deze medicijnen gebruikt.
- lid 4 De medicijnen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- lid 5 Medicijnen, die geleverd worden door andere leveranciers dan in artikel 6 lid 4 zijn genoemd, worden niet vergoed.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING**
MODULE BUITENLAND



Artikel 7 - Welke rechten hebt u bij Spoedeisende Zorg in het buitenland?

- lid 1 Als u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland verblijft, hebt u of het verzekerd gezinslid recht op spoedeisende medische zorg als het verblijf in het buitenland korter is dan 12 maanden aaneengesloten. Spoedeisend betekent dat niet bekend was, dat tijdens het verblijf in het buitenland spoedeisend medische hulp ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan onze medisch adviseur.
- lid 2 Bij spoedeisende medische hulp hebt u of het verzekerd gezinslid recht op:
- kosten van behandeling door een arts;
 - kosten van medicijnen, die door de arts worden voorgeschreven onder overlegging van het recept;
 - verpleegkosten in verband met opname in een plaatselijk – door de overheid – erkend ziekenhuis. U of verzekerde(n) overleggen vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname; indien dit overleg vooraf niet mogelijk is, wordt de FBTO Alarmcentrale zo spoedig mogelijk over de opname geïnformeerd. Er kan u een deel van de verpleegkosten in rekening worden gebracht als door de te late informatie aan de FBTO Alarmcentrale de belangen van FBTO zijn geschaad;
 - kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.
- lid 3 Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en de verzekerde(n) verlenen medewerking aan dit onderzoek.
- lid 4 U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:
- repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen.
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk.
 - vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring, rekening houdend met artikel 8 lid 2.

- lid 5 FBTO vergoedt de kosten van een hulpmiddel/ hulpmiddelen die in het buitenland als onderdeel van spoedeisend medische zorg wordt/worden aangemeten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Artikel 8 - Welke rechten hebt u bij Persoonlijke Hulpverlening Buitenland?

- lid 1 U of de verzekerde leden van het gezin hebben recht op persoonlijke hulpverlening als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.
- lid 2 Recht op persoonlijke hulpverlening bestaat alleen als zo spoedig mogelijk contact wordt opgenomen met de FBTO Alarmcentrale. Alleen de kosten, die met de (voorafgaande) instemming van de FBTO Alarmcentrale zijn gemaakt, worden vergoed.
- lid 3 Bij opname van u of de verzekerde(n) in een buitenlands ziekenhuis worden vergoed:
- de reiskosten van maximaal twee personen voor overkomst en terugkeer naar Nederland als de opname ten minste vijf dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn.
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van één persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van verzekerde kinderen (tot 16 jaar). Dit geldt ook voor lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin als de begeleider door omstandigheden, die zich tijdens de reis hebben voorgedaan hiertoe niet in staat is - de verblijfkosten van hen, die uit Nederland zijn overgekomen tot maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen.
- lid 4 Als tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin overlijdt dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:
- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
 - de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland. Als transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk is vergoeden wij - in overleg met de direct betrokkenen - tot maximaal de kosten van (dat) transport van het stoffelijk overschot naar Nederland:
 - de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
 - de verblijfkosten gedurende maximaal 3 dagen.
- lid 5 Als er sprake is van ziekenhuisopname van u of de verzekerden vergoedt FBTO in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.
- lid 6 Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land.

lid 7 In het kader van een buitenlandse reis vergoedt FBTO maximaal éénmaal per kalenderjaar de vaccinatiekosten voor u en de verzekerde leden van het gezin tegen:

- malaria profylaxe;
- DTP;
- geelzucht;
- tyfus;
- cholera;
- gammaglobuline.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de vaccinaties zijn toegediend door een huisarts, GGD of Meditel.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING MODULE CALAMITEITEN**
MODULE CALAMITEITEN



Artikel 9 - Welke rechten hebt u als er sprake is van een ongeval?

Een ongeval is – voor deze overeenkomst – een plotseling en onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waarbij rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Als er sprake is van een ongeval vergoedt FBTO per verzekerde tot 65-jarige leeftijd maximaal € 40.000,- bij blijvende invaliditeit; of € 2.500,- bij overlijden. De kosten van tandheelkundige hulp door het ongeval worden vergoed tot maximaal € 1.000,- per verzekerde als deze kosten voor uw rekening komen.

De Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en Productvoorwaarden van de Ongevallenverzekering van FBTO zijn van toepassing. U kunt deze voorwaarden raadplegen op fbto.nl. Op uw verzoek ontvangt u de Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en de Productvoorwaarden per post van FBTO.

Artikel 10 - Welke rechten hebt u bij bezoek aan uw in het ziekenhuis opgenomen kind?

Indien een bij u op de FBTO polis meeverzekerd minderjarig kind is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, komt u in aanmerking voor vergoeding van wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. Wij vergoeden deze reiskosten als de minimale afstand van uw woonplaats naar het ziekenhuis 25 kilometer bedraagt. De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer met een maximum van € 300,- per polis per kalenderjaar.

Artikel 11 - Welke rechten hebt u bij verblijf in een logeerhuis?

Indien een verzekerde in een ziekenhuis is opgenomen, wordt de eigen bijdrage die het ziekenhuis in rekening brengt bij verblijf in een logeerhuis vergoed.

Artikel 12 – Welke rechten hebt u bij verblijf in een herstellingsoord?

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar indien de zorgvraag betrekking heeft op lichamelijke klachten.

FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U hebt geen aanspraak op vergoeding van kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING**
MODULE GEZICHTSZORG EN ORTHODONTIE

Artikel 13 – Welke rechten hebt u bij de module Gezichtzorg en Orthodontie?

lid 1 Acné:

Als de (huid)arts verwijst – in verband met een ernstige vorm van acné in gezicht of hals - naar een schoonheidsspecialist(e) of huidtherapeut vergoedt FBTO maximaal € 250,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de aanvullende verzekering geldt.

lid 2 Brillen en lenzen:

FBTO vergoedt éénmaal per drie kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de originele aanschafnota van een bril of lenzen bij een leverancier van uw keuze aan ons toesturen.

Specsavers en FBTO:

Brillen: U en de verzekerde(n) hebben één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een bril tot maximaal € 100,- bij Specsavers.

Daarnaast geeft Specsavers u en de verzekerde(n) 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril. Deze korting is ook geldig op alle glassoorten en opties zoals “ontspiegeling”, “krasvast”, “meekleurende glazen” en “gekleurde glazen”.

De korting wordt direct met u verrekend in de Specsaversvestiging.

Lenzen: Specsavers geeft u en de verzekerde(n) 15% korting op lenzen wanneer deze contant worden afgerekend in de Specsavers vestiging.

Als er sprake is van samenloop met een eigen kortingsactie van Specsavers, geldt de voor u en de verzekerden gunstigste kortingsactie. Als de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u is, vervalt daarmee de korting van fbto.

Voor het adres van de Specsaversvestiging bij u in de buurt kunt u kijken op www.specsavers.nl. U kunt FBTO ook bellen voor het dichtstbijzijnde adres.

lid 3 Ooglaseren:

U en de verzekerde(n) hebben recht op vergoeding van een ooglaserbehandeling uitgevoerd door Visionclinics. FBTO vergoedt maximaal € 400,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de aanvullende zorgverzekering geldt.

lid 4 Gehoorapparaten en pruiken:

Bij aanschaf van één of twee gehoorapparaten of een pruik wordt maximaal € 200,- vergoed van het verschil tussen de aanschafprijs en de vergoeding, die genoemd is in het

Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.

lid 5 Elektrische epilatie gezichtsbehandeling:

FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaats vindt.

Als FBTO toestemming verleent, vergoedt FBTO maximaal € 500,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

lid 6 Orthodontie:

FBTO vergoedt de kosten voor gebitsregulatie door een tandarts of een orthodontist tot € 1.500,- per verzekerde tot achttien jaar of € 350,- voor verzekerden van achttien jaar of ouder. Deze bedragen gelden voor de gehele periode, dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

lid 7 Plastische chirurgie:

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:

- Correctie van bovenoogleden
- Correctie van oorstand voor verzekerden tot en met 16 jaar
- Borstverkleining

Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts en wordt ter beoordeling voorgelegd aan onze medisch adviseur. Voor artikel 13 lid 7 geldt een wachttijd van 24 maanden na het afsluiten van deze module.

Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Gezichtsverzorging en Orthodontie, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding op de behandelingen, die in artikel 13 lid 7 zijn beschreven.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE GEZINSPLANNING**



Artikel 14 – Welke rechten hebt u bij de module Gezinsplanning?

- lid 1 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood.:
FBTO vergoedt de kosten van de apparatuur, inclusief een zogenaamd sensormatje tot maximaal € 150,- per bevalling. FBTO moet hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- lid 2 Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg:
Als de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, vergoedt FBTO maximaal € 200,- per bevalling als tegemoetkoming in de eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet.
- lid 3 Kraamzorg bij adoptie:
Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot 12 maanden. De vergoeding geldt voor maximaal 3 dagen, gedurende 3 uur per dag tot een maximum van € 300,- per adoptiekind.
- lid 4 Invriezen sperma:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaats vindt.
Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO maximaal € 750,- gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.
- lid 5 Kraampakket:
Indien de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, kan een medisch kraampakket worden aangevraagd. De aanvraag moet vòòr de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO ontvangen zijn. U kunt dit pakket zowel telefonisch als via fbto.nl aanvragen. Het pakket wordt gratis verstrekt.
- lid 6 Couveuse nazorg:
Als de moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, kunt u de kosten van maximaal 8 uren kraamzorg declareren als door een ziekenhuisopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg volgens de Zorgverzekeringswet. FBTO vergoedt deze kosten als:
- de kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling plaats vindt;
 - er geen sprake is van reguliere kraamzorg;
 - u vooraf toestemming aan FBTO heeft gevraagd.

- lid 7 Lactatiekundig advies:
Indien de moeder op de polis Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, vergoedt FBTO de kosten van lactatiekundig advies tot maximaal € 100,- per bevalling. De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.
- lid 8 Sterilisatie:
FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of door een huisarts mits deze aan de gestelde voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea voldoet. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).
- lid 9 Potentieverhogende middelen:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de middelen voorschrijft – als u voor vergoeding van de te maken kosten in aanmerking wilt komen. Er moet in ieder geval sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke stoornis. Dit moet blijken uit een verklaring van de behandelend arts. De potentieverhogende middelen moeten zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.
FBTO vergoedt maximaal € 150,- per mannelijke verzekerde van 21 jaar of ouder per kalenderjaar.
- lid 10 Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho):
FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening of nekplooiemeting op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 90,-.
- lid 11 Eigen bijdrage anticonceptiva:
FBTO vergoedt de eigen bijdrage(n) van anticonceptiva die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE THERAPIËËN**

Artikel 15 – Welke rechten hebt u bij de module Therapieën?

lid 1 Camouflagetherapie:

Er is recht op vergoeding van de kosten van camouflagetherapie, mits deze door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist wordt gegeven. Wij vergoeden tot maximaal € 100,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

lid 2 Paramedische zorg

Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of bij het tussentijds verhogen van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Therapieën gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering.

De paramedische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, is (kinder)fysiotherapie, (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck, bekkentherapie, manueel therapie, oedeemtherapie door een fysiotherapeut of huidtherapeut.

Voor paramedische zorg geldt een drietal dekking keuzemogelijkheden. Afhankelijk van de afgesloten dekking hebt u recht op vergoeding van:

Keuze 1: totaal 9 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,

Keuze 2: totaal 18 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,

Keuze 3: onbeperkt aantal behandelingen, mits er sprake is van een medische noodzaak. FBTO moet voor alle in dit artikel genoemde zorgsoorten vooraf toestemming geven voor vergoeding vanaf de achttiende en volgende behandelingen. De toestemming van FBTO is mede afhankelijk van het ingevulde en door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist ondertekende behandelplan. Onze paramedisch adviseur beoordeelt dit behandelplan op medische noodzaak.

Voor manuele therapie geldt een gelimiteerde vergoeding, namelijk maximaal 18 behandelingen.

Na beëindiging van de individuele behandeling kan – na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist – ook worden behandeld in de vorm van groepstherapie. FBTO vergoedt daarvoor maximaal € 405,- per verzekerde, per kalenderjaar. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's. FBTO vergoedt voor fysiotherapie en oefentherapie maximaal € 28,50 per behandeling per dag. Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapeut of behandeling bij u thuis geldt een hogere vergoeding. Voor de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar fbto.nl.

- lid 3 Eigen bijdrage ADHD medicijnen:
FBTO vergoedt de eigen bijdrage die in rekening worden gebracht in het kader van het GVS voor de ADHDmedicijnen die door (kinder)psychiater worden voorgeschreven tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 4 Herstel en Balans:
FBTO vergoedt de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.
U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- lid 5 Pedicurezorg:
Verzekerden, die lijden aan suikerziekte of reuma kunnen voor voetverzorging een beroep doen op deze regeling.
Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een pedicure. Deze moet gespecialiseerd zijn in voetverzorging bij reumapatiënten of in het bezit zijn van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.
FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € 32,50 per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde.
- lid 6 Podotherapie:
U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog B die respectievelijk is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Stichting Loop. FBTO vergoedt maximaal 1 bezoek per dag tot maximaal € 25,- per bezoek. Daarnaast vergoedt FBTO de aanschaf van podotherapeutische zolen. Let op; klassieke (orthopedische) steunzolen zijn geen podotherapeutische zolen en worden dus niet vergoed. Voor de vergoeding van de behandelingen en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 7 Psoriasis:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling zal verzorgen of de instelling waar de behandeling zal worden gedaan.
Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO € 27,- per behandeling voor maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar.

In plaats van de behandeling in een instelling kunt u apparatuur huren om de behandeling thuis te ondergaan. FBTO vergoedt deze kosten tot een maximum van € 675,- per verzekerde per verzekeringsjaar mits deze behandeling aan de door FBTO gestelde eisen voldoet.

lid 8 Psychologische hulp:

Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheid. Dit geldt niet voor acute zorg.

Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk òf een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Aanvullend op de 8 behandelingen die vanuit de FBTO Zorgverzekering (basisverzekering) worden vergoed, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

- a. de zorg ten hoogste vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. de zorg ook gegeven kan worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;
- c. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.

Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38 van de FBTO Zorgverzekering.

lid 9 Stottertherapie:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de Del Ferro- of de Hausdörfermethode. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.

lid 10 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen:

FBTO moet vooraf toestemming geven voor deelname aan een kamp voor astmatische kinderen (tot achttien jaar).

U hebt recht op vergoeding van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 11 Zittend ziekenvervoer:

FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland als:

- het vervoer niet vergoed wordt volgens de regels van de Zorgverzekeringswet;
- het vervoer verband houdt met een medische behandeling of een opname, die vergoed wordt volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ.

Bij gebruik van de eigen auto vergoedt FBTO € 0,25 per kilometer.

Op de vergoeding is jaarlijks een eigen bijdrage van toepassing die gelijk is aan de jaarlijkse eigen bijdrage zittend ziekenvervoer in de Zorgverzekeringswet.

Kosten die onder het eigen risico van de Ziekttekostenverzekering (basisverzekering) vallen, komen ook vanuit de aanvullende verzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING**
MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN



Artikel 16 – Welke rechten hebt u bij de module Tandheelkundige hulp?

Voor de kosten van tandheelkundige hulp kunt u kiezen uit drie verschillende vergoedingsbedragen. Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot:

Keuze 1: maximaal € 200,-;

Keuze 2: maximaal € 400,-;

Keuze 3: maximaal € 800,-.

- lid 1 Per verzekerd gezinslid hebt u recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp volgens het UPT tarief; ook de kosten van parodontologie en de mondhygiënist komen voor vergoeding in aanmerking. De kosten van een tandprotheticus worden vergoed voor zover de kosten hoger zijn dan in het Reglement Hulpmiddelen is vermeld.
- lid 2 Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of verhogen van deze module voor kronen, bruggen, inlay's, enkele implantaten en parodontologische behandelingen. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet voor personen, die vanaf de eerste van de volgende maand volgend op hun achttiende verjaardag de module Tandheelkundige hulp afsluiten.
- Voor verzekerden die de achttienjarige leeftijd hebben bereikt, maar nog geen tweeëntwintig zijn, geldt een gereduceerd tarief (zie premietabel op fbto.nl).
- lid 3 De maximale vergoeding voor tandheelkundige hulp is op de polis vermeld. Tijdens het kalenderjaar kan de maximale vergoeding, die op de polis staat, niet gewijzigd worden.
- lid 4 Als onderdeel van de door u gekozen maximale vergoeding, vergoedt FBTO de kosten van de op de basisverzekering in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothese.
- lid 5 Kosten, die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder de module Tandheelkundige Hulp. Deze kosten worden vergoed uit de module Gezichtsorg en Orthodontie.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE EXTRA ZORG**



Artikel 17 Welke rechten hebt u bij de module Extra Zorg?

lid 1 Top Klinische Zorg in het buitenland:

U hebt recht op vergoeding van bijkomende medische kosten van een top-klinische behandeling in het buitenland, mits Royal Doctors bemiddelt. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet FBTO u vooraf toestemming hebben gegeven.

lid 2 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij gecontracteerde zorg in het buitenland en bij topklinische zorg via Royal Doctors:

Wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden voor de duur van de opname maximaal € 75,- per dag voor alle bij FBTO verzekerde gezinsleden tezamen;

Voor vervoer van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,25 per kilometer, tot maximaal € 300,- per opname.

Voorwaarden:

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- U moet van te voren contact met ons opnemen.

lid 3 Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis;

FBTO vergoedt gedurende de looptijd van de aanvullende verzekering eenmalig € 750,- voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis. FBTO moet u vooraf toestemming hebben verleend en uw behandelend arts moet een medische indicatie voor verpleging afgeven. Voor vergoeding van deze kosten geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Extra Zorg gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering. Verblijf in een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeghuis of een bejaardenoord/verzorgingshuis wordt niet vergoedt.

lid 4 Vervangende mantelzorg:

In verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na toestemming van FBTO, recht op vergoeding van kosten voor vervangende mantelzorg. FBTO vergoedt deze zorg tot maximaal 15 dagen per kalenderjaar, tot maximaal € 50,- per dag. De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangend Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag. Voor vergoeding van deze kosten geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Extra Zorg gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering.

lid 5 Sportarts:

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek, blessure consults en vervolgbehandelingen tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet uitgevoerd worden door een sportarts bij een Sportmedisch Advies Centrum.



Verzekeren kan je zelf.



Ik kan FBTO altijd bereiken.

Algemene informatie

(058) 234 59 05

fbto.nl

Hulp bij nood

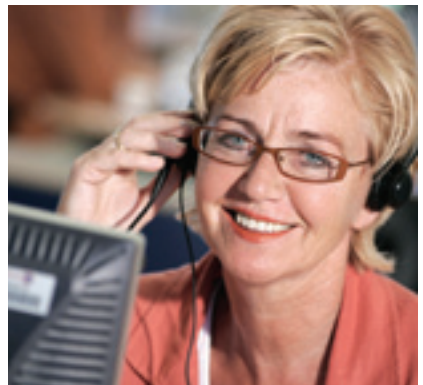
FBTO Alarmcentrale (alleen bij nood)

+31 58 234 56 50

Dringende schademeldingen

(058) 234 56 00

156 09 10



POSTBUS 318,
8901 BC LEEUWARDEN
FBTO.NL

