

Voorwaarden aanvullende modules

1 januari 2014

Inhoudsopgave

| | |
|----------------------------------------------|--------|
| Contact | P. 4 |
| Hoe te handelen | P. 6 |
| Algemene voorwaarden | P. 21 |
| Productvoorwaarden aanvullende modules | P. 39 |
| Module Alternatieve geneeswijzen | P. 50 |
| Module Buitenland | P. 54 |
| Module Calamiteiten | P. 60 |
| Module Gezichts zorg en Orthodontie | P. 64 |
| Module Gezinsplanning | P. 72 |
| Module Therapieën | P. 78 |
| Module Tand | P. 84 |
| Module Extra Zorg | P. 88 |
| Productvoorwaarden losse aanvullende modules | P. 94 |
| Bijlagen | |
| Clausuleblad Terrorismedekking | P. 96 |
| Definities van Molestbegrippen | P. 102 |
| Clausuleblad Ongevallen | P. 104 |

Ingangsdatum: 1 januari 2014

Contact

Hieronder leest u hoe u ons snel en eenvoudig bereikt. U kunt ons een e-mail, brief of fax sturen of natuurlijk gewoon bellen. Daarnaast kunt u veel via onze website regelen, zoals informatie opvragen en wijzigingen doorgeven.

Let op: Stuur u ons een brief, e-mail, fax of nota? Vermeld dan altijd het burgerservicenummer van de betrokken verzekerde.

Telefoon: (058) 234 56 78

Heeft u een vraag of wilt u iets doorgeven? Bel dan een van onze medewerkers van FBTO Zorg. Zij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 14.00 uur op telefoonnummer (058) 234 56 78.

FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft? Neem dan zo snel mogelijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50.

Fax:

U kunt ons ook faxen. Stuur uw fax met vragen over:

- offertes naar (058) 234 55 54;
- polis en/of premienota naar (058) 234 53 64;
- vergoedingen naar (058) 234 51 84.

Onze website:

Op fbto.nl vindt u meer informatie over onze verzekeringen. Wilt u uw persoonsgegevens of verzekeringen wijzigen? Log dan via fbto.nl in op MijnFBTO.

Adres:

Wilt u een brief sturen of nota's indienen? Stuur deze dan naar:

FBTO

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

Hoe u uw nota's precies indient, leest u op de volgende pagina onder 'Hoe te handelen'.

E-mail:

Naar welk e-mailadres u het beste kunt mailen, hangt af van wat u wilt vragen of indienen. Hieronder ziet u een overzicht van onderwerpen en het bijbehorende e-mailadres.

| Onderwerp | Mailt u naar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Vragen over offertes | verkoop.zorg@fbto.nl |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vragen over uw polis of premienota - Wijzigingen doorgeven | administratie.zorg@fbto.nl |
| Vragen over vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's | uitkeringen.zorg@fbto.nl |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vragen over vergoedingen waarvoor u vooraf toestemming nodig heeft - Vragen over zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's | zorg.machtigingen@fbto.nl |
| Vragen over acceptatie | acceptatie.zorg@fbto.nl |
| Vragen over zorgverleners | info.zorgverleners@fbto.nl |

Hoe te handelen

Uw zorgkostennota's declareren

Welke nota's kunt u indienen?

Alleen de oorspronkelijke nota's (dus geen herinneringsnota's) komen voor vergoeding in aanmerking. Dit betekent dus dat u uw zorgkosten niet kunt declareren met een herinneringsnota. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan krijgt u in sommige gevallen een lagere vergoeding (zie hiervoor artikel 17 *Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van medische kosten? van de Algemene voorwaarden*). Daarnaast mag uw nota niet ouder zijn dan 36 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Deze nota's nemen wij niet in behandeling.

Stuur al uw nota's in

Vanuit de Zorgverzekeringswet bent u verplicht het eerste deel van uw zorgkosten zelf te betalen. Behalve voor huisarts, verloskundige en kraamzorg. Dit is het verplicht eigen risico. Daarom is het belangrijk dat u al uw zorgkostennota's bij ons indient, dan zien we hoeveel zorgkosten u al zelf heeft betaald. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

U ontvangt uw nota niet terug

FBTO stuurt geen nota's retour. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie, voordat u de nota's opstuurt.

Hoe declareert u uw nota's digitaal?

Gebruikt u MijnFBTO? Dan kunt u uw nota's snel en eenvoudig online indienen.

Doorloop hiervoor de volgende stappen:

- Stap 1. U scant of fotografeert de nota die u wilt declareren en slaat deze op.
- Stap 2. Ga dan naar MijnFBTO op fbto.nl en log in met uw gegevens.
- Stap 3. Vervolgens kunt u een of meer nota's van uw zorgverlener uploaden (klik hiervoor op 'Bladeren'). Controleer altijd eerst of de nota goed leesbaar is, voordat u deze uploadt.
- Stap 4. Na het uploaden geeft u aan aan wie wij de nota ('s) betalen, aan u of aan uw zorgverlener. Maakt u geen keuze? Dan maken wij het geld aan u over. Indien u ons verzoekt de nota ('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota ('s) met inhouding van het verplicht - en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele eigen bijdrage(n) aan u overmaken. Vervolgens ontvangt u van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.
- Stap 5. Vervolgens verstuurt u de nota. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt een e-mail ter bevestiging.

U ontvangt de vergoeding binnen 7 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 2 werkdagen nadat we deze ontvangen hebben. De vergoeding staat binnen 7 werkdagen op uw bankrekening. Of uw zorgverlener ontvangt de vergoeding binnen 7 werkdagen. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan duurt het langer voordat we uw nota verwerken en de vergoeding aan u of uw zorgverlener uitbetalen.

Bewaar uw oorspronkelijke nota

Heeft u uw nota digitaal bij ons ingediend? Bewaar uw oorspronkelijke nota dan nog minimaal een jaar in uw administratie. Wij kunnen u namelijk vragen om de ingediende nota alsnog per post op te sturen. Wij vragen steekproefsgewijs af en toe een nota op, om te kunnen controleren op eventuele fraude.

Hoe declareert u uw nota's via de post?

Kunt u de nota niet digitaal versturen? Stuur ons dan de oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) via de post. Doorloop hiervoor de volgende stappen:

Stap 1 Schrijf in de rechterbovenhoek van de oorspronkelijke nota het burgerservicenummer van de verzekerde op wie de nota betrekking heeft.

Stap 2 Geef in de rechterbovenhoek ook aan of u de nota 'betaald' of 'niet betaald' heeft. Zo weten we of we de kosten aan u of aan de zorgverlener moeten betalen. Verzoekt u ons de nota ('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen? Dan kan het voorkomen dat wij de nota ('s) met inhouding van het verplicht - en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele eigen bijdrage(n) aan u overmaken. Vervolgens ontvangt u van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Stap 3 Stuur de oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) naar:

FBTO

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

U ontvangt de vergoeding binnen 10 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 5 werkdagen nadat we deze ontvangen hebben. De vergoeding staat binnen 10 werkdagen na ontvangst op uw bankrekening. Of uw zorgverlener ontvangt de vergoeding binnen 10 werkdagen.

Wat als u het maximum vergoedingsbedrag overschrijdt?

Dient u een of meer nota's in die (eventueel gezamenlijk) hoger zijn dan het maximum vergoedingsbedrag dat u heeft gekozen? Dan vergoeden wij aan u de kosten tot aan dit maximale vergoedingsbedrag. Vervolgens vragen wij u het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

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 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

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

Is er geen sprake van een noodsituatie? Dan vragen wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten. Bij terugkomst in Nederland kunt u de nota's vervolgens bij ons declareren.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declareert u kosten van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,-? Dan kunnen wij deze rechtstreeks verrekenen met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- betalen we aan u uit.

FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Als u gebruikmaakt van deze zorgverleners, betalen wij de nota's rechtstreeks aan de zorgverlener.

Vragenformulier buitenlandse nota's

Declareert u nota's voor zorg die u of de verzekerde heeft gekregen in het buitenland? Schrijf dan op de nota's het burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota's betrekking op hebben. Stuur de nota's vervolgens in samen met het ingevulde vragenformulier. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Als u de nota's samen met het formulier naar ons toestuurt, kunnen wij uw nota's sneller afhandelen.

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Behandelingen met toestemming vooraf

Op basis van de polisvoorwaarden moet u voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming aan ons vragen. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- maagband;
- behandelingen in het buitenland;
- zittend ziekenvervoer;
- correctie van bovenoogleden;
- correctie van oorstand voor verzekerden tot 18 jaar.

Deze lijst is niet limitatief. Naast deze 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.

De voordelen van uw basisverzekering

Met uw basisverzekering profiteert u bij FBTO van aantrekkelijke klantvoordelen. En daar betaalt u geen extra premie voor! Deze voordelen krijgt u gratis bij uw basisverzekering. Meer informatie vindt u op fbto.nl/zorgklanten.

Specsavers Opticiens Laat u uw FBTO Zorgpas zien bij Specsavers Opticiens? Dan krijgt u 25% korting bij aanschaf van een bril of zonnebril op sterkte. En kiest u voor lenzen? Dan krijgt u bij een eerste zes maanden-contract de eerste maand gratis. Deze korting geldt niet in combinatie met andere kortingsregelingen of speciale aanbiedingen.

Sportscholen Achmea Door heel Nederland vindt u de sportscholen van Achmea Health Centers. Met de FBTO Basisverzekering sport u hier heel voordelig. Laat uw FBTO Zorgpas zien en u krijgt 20% korting op het pakket dat u kiest.

FBTO Zorgregelaar De FBTO Zorgregelaar is een gratis service van FBTO. De Zorgregelaar is er voor vragen over zorg en hulp bij ziekte, handicap of ouderdom. Makkelijk als u bijvoorbeeld wilt weten welke zorg u kunt krijgen na ontslag uit het ziekenhuis. Of waar u een rolstoel kunt aanvragen. Meer informatie of aanvragen? Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

Telemonitoring Bent u via een gecontracteerd ziekenhuis aangesloten bij Motiva? Dan kunt u met technische vragen over telemonitoring terecht bij de Hartlijn van het Medical Service Center via telefoonnummer 0900 - 42 78 596. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 17.00 uur.

- Cursus ‘Kleur je leven’** Deze internetcursus kan u helpen de toekomst positief en met zelfvertrouwen tegemoet te zien. Het programma is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven (RIVM). U volgt de cursus wanneer u maar wilt en in uw eigen tempo. U heeft hiervoor geen verwijzing van een arts nodig. Aanmelden kan op kleurjeleven.nl.
- The Coach Program** Een hartinfarct of een andere aandoening van de kransslagaders in het hart is een ingrijpende ervaring. Het gevolg is vaak een verblijf in het ziekenhuis, een periode van revalidatie en regelmatige controles. The Coach Program® heeft als doel u door de ingrijpende periode van herstel te helpen. Deelname is gratis met uw basisverzekering van FBTO.
- Vakantiedokter** Vanaf uw vakantieadres kunt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer + 31 71 364 18 02. De telefoon wordt opgenomen door een team van Nederlands sprekende deskundige verpleegkundigen en artsen. De Vakantiedokter geeft u geen vaccinatied advies, maar kan u wel doorverwijzen. U kunt de Vakantiedokter bellen van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur.
- Buiten deze tijden kunt u voor spoedeisende zaken bellen met de FBTO Alarmcentrale op telefoonnummer +31 (0)58 - 234 56 50.
- Zorgbemiddeling** Wij bemiddelen voor zorg. Met deze unieke service heeft u toegang tot alle topspecialisten en ziekenhuizen uit ons wereldwijde zorgnetwerk. Kiest u voor een medische behandeling in het buitenland? Dan zorgen wij er samen met onze partners voor dat alles geregeld wordt. Dan kunt u zich volledig richten op uw herstel of behandeling. Kijk op fbto.nl/zorgklanten.
- FBTO Alarmcentrale** Voor spoedeisende zaken in het buitenland kunt u 24 uur per dag bellen met de FBTO Alarmcentrale op telefoonnummer +31 (0)58 - 234 56 50.
- Hulpmiddelenlijn** Via de Achmea Hulpmiddelenlijn vraagt u personenalarmering aan. Bel hiervoor (071) 751 00 77 (lokaal tarief). Dat kan van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. In het Achmea Reglement Hulpmiddelen leest u welke hulpmiddelen vergoed worden in de basisverzekering. Zorg dat u uw burgerservicenummer bij de hand heeft als u belt. Dan kunnen wij u sneller helpen.

Zorggarantie Met Zorggarantie weet u zeker dat u binnen een bepaalde tijd voor een operatie of behandeling geholpen wordt. Lukt dit niet in Nederland? Dan zoeken wij een oplossing in een ziekenhuis in België of Duitsland. FBTO heeft contracten met verschillende ziekenhuizen.

De volgende behandelingen vallen onder Zorggarantie:

- algemene chirurgie;
- cardiologie en cardiochirurgie;
- diagnostiek;
- plastische chirurgie (na onze toestemming).

Wilt u meer informatie of zorg aanvragen?

Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

WeHelpen.nl WeHelpen.nl is opgezet als een marktplaats met slimme functies om hulp te organiseren, te vragen en te bieden. Ook vindt u hier gerichte informatie voor hulpverleners en hulpbehoevenden. Kijk voor meer informatie op wehelpen.nl.

Modules wijzigen en wachttijden

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 8 modules. U kunt deze modules maandelijks aanzetten. De module gaat dan in op de eerste dag van de volgende kalendermaand. Een module uitzetten kan natuurlijk ook. De module vervalt na opzegging op de eerste dag van de volgende kalendermaand. Via MijnFBTO op fbto.nl kunt u uw modules aanpassen.

Als u een module (weer) aanzet, krijgt u in een aantal gevallen wel te maken met wachttijden. Hieronder vindt u eerst informatie over de wachttijden als u al bij ons verzekerd bent, en vervolgens over de wachttijden als u een nieuwe basisverzekering met aanvullende modules bij ons afsluit.

Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules?

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

Zet u een aanvullende module met een wachttijd aan het eind van het lopende verzekeringsjaar voort in het daaropvolgende verzekeringsjaar? Dan neemt u de resterende wachttijd mee naar het nieuwe verzekeringsjaar.

De wachttijd is opnieuw volledig van toepassing als u:

- de aanvullende module met een wachttijd gedurende het lopende verzekeringsjaar beëindigt en deze gedurende het lopende verzekeringsjaar weer aan zet;
- aan het eind van het lopende verzekeringsjaar de aanvullende module met wachttijd beëindigt en deze vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aan zet;
- de Basisverzekering in combinatie met een aanvullende module met een wachttijd aan het einde van het lopende verzekeringsjaar beëindigt en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aanzet.

NB De op dat moment actuele voorwaarden en tarieven zijn vervolgens van toepassing.

Voor een aantal modules en specifieke behandelingen gelden wachttijden, als u de module uit- en weer aanzet. Hieronder leest u voor deze modules en specifieke behandelingen de wachttijd.

Module Buitenland

Zet u de module Buitenland uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van vaccinatiekosten voor een buitenlandse reis.

Module Gezichtsorg en Orthodontie: brillen, lenzen en ooglaseren

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van de kosten van brillen, lenzen en ooglaseren.

Module Gezichtsorg en Orthodontie: plastische chirurgie

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 24 maanden voor de vergoeding van kosten voor plastische chirurgie.

Module Gezinsplanning

Zet u de module Gezinsplanning uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor sterilisatie.

Module Therapieën

Zet u de module Therapieën uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor paramedische behandelingen.

De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding bijvoorbeeld van € 500,- naar € 1.000,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden voor paramedische behandelingen. De wachttijd gaat in op de op de eerste dag van de volgende kalendermaand waarop u de extra vergoeding bijverzekert.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Therapieën, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor paramedische behandelingen vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waarop u nog recht heeft.

Module Tand

Zet u de module Tand uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden.

De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding voor de module Tand bijvoorbeeld van € 500,- naar € 750,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden. De wachttijd gaat in op de eerste dag van de volgende kalendermaand waarop u de extra vergoeding bijverzekert.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Tand, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor tandheelkundige hulp vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waarop u nog recht heeft.

Overzicht

In het overzicht hieronder ziet u of er een wachttijd geldt, als u een module later aanzet, een module uit- en weer aanzet, of een hogere maximale vergoeding kiest.

| Modules | Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules? | Is er sprake van een nieuwe wachttijd bij het voortzetten van een aanvullende module i.c.m. met een basisverzekering per 1 januari? | Is er iedere keer als u een module uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, of als u een hogere dekking kiest, een wachttijd van toepassing? |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Buitenland (vaccinatiekosten) | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 6 maanden |
| Gezichtsorg en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren) | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 6 maanden |
| Gezichtsorg en Orthodontie (plastische chirurgie) | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 24 maanden |
| Gezinsplanning (sterilisatie) | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 6 maanden |
| Therapieën (paramedische behandelingen) | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 6 maanden |
| Tand | Ja | Nee, alleen resterende wachttijd blijft staan | Ja, 6 maanden |

Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules?

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

Sluit u per 1 januari een basisverzekering af en 1 of meer aanvullende modules? Dan heeft u geen wachttijd voor de modules die u gelijktijdig met uw basisverzekering aanzet. Alleen voor het onderdeel plastische chirurgie heeft u altijd een wachttijd van 24 maanden.

Zet u een aanvullende module met een wachttijd aan het eind van het lopende verzekeringsjaar voort in het daaropvolgende verzekeringsjaar? Dan neemt u de resterende wachttijd mee naar het nieuwe verzekeringsjaar

De wachttijd is opnieuw volledig van toepassing als u:

- de aanvullende module met een wachttijd gedurende het lopende verzekeringsjaar beëindigt en deze gedurende het lopende verzekeringsjaar weer aan zet;
- aan het eind van het lopende verzekeringsjaar de aanvullende module met wachttijd beëindigt en deze vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aan zet;
- de Basisverzekering in combinatie met een aanvullende module met een wachttijd aan het einde van het lopende verzekeringsjaar beëindigt en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aanzet.

NB De op dat moment actuele voorwaarden en tarieven zijn vervolgens van toepassing.

Voor een aantal modules en specifieke behandelingen gelden wachttijden, als u de module uit- en weer aanzet. Hieronder leest u voor deze modules en specifieke behandelingen de wachttijd.

Module Buitenland

Zet u de module Buitenland niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van vaccinatiekosten voor een buitenlandse reis.

Zet u de module Buitenland uit en vervolgens weer aan? Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van vaccinatiekosten voor een buitenlandse reis.

Module Gezichtsorg en Orthodontie: brillen, lenzen en ooglaseren

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van de kosten van brillen, lenzen en ooglaseren.

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van de kosten van brillen, lenzen en ooglaseren.

Module Gezichtsorg en Orthodontie: plastische chirurgie

In de module Gezichtsorg en Orthodontie geldt voor de vergoeding van kosten voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden.

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie uit en vervolgens weer aan? Dan geldt voor de vergoeding van kosten voor plastische chirurgie opnieuw een wachttijd van 24 maanden.

Module Gezinsplanning

Zet u de module Gezinsplanning niet gelijktijdig met de basisverzekering aan?

Dan geldt voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden.

Zet u de module Gezinsplanning uit en vervolgens weer aan? Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor sterilisatie.

Module Therapieën

Zet u de module Therapieën niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden.

Zet u de module Therapieën uit en vervolgens weer aan? Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor paramedische behandelingen.

De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding bijvoorbeeld van € 500,- naar € 1.000,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden voor paramedische behandelingen. De wachttijd gaat in op de op de eerste dag van de volgende kalendermaand waarop u de extra vergoeding bijverzekert.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Therapieën, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor paramedische behandelingen vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waarop u nog recht heeft.

Module Tand

Zet u de module Tand niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er een wachttijd van 6 maanden.

Zet u de module Tand uit en vervolgens weer aan? Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden.

De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding voor de module Tand bijvoorbeeld van € 500,- naar € 750,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden.

De wachttijd gaat in op de op de eerste dag van de volgende kalendermaand waarop u de extra vergoeding bijverzekert.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Tand, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor tandheelkundige hulp vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waarop u nog recht heeft.

Overzicht

In het overzicht hieronder ziet u of er een wachttijd geldt, als u een module later aanzet, een module uit- en weer aanzet, of een hogere maximale vergoeding kiest.

| Modules | Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules? | Is er een wachttijd als u de aanvullende module gelijktijdig met de basisverzekering aanzet? | Geldt er een wachttijd als u een module later aanzet, een module uit- en weer aanzet, of een hogere maximale vergoeding kiest? |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Buitenland (vaccinatiekosten) | Ja | Nee | Ja, 6 maanden |
| Gezichtsorg en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren) | Ja | Nee | Ja, 6 maanden |
| Gezichtsorg en Orthodontie (plastische chirurgie) | Ja | Ja, 24 maanden | Ja, 24 maanden |
| Gezinsplanning (sterilisatie) | Ja | Nee | Ja, 6 maanden |
| Therapieën (paramedische behandelingen) | Ja | Nee | Ja, 6 maanden |
| Tand | Ja | Nee | Ja, 6 maanden |

Bent u 18 jaar geworden?

Bent u 18 jaar geworden en zet u 1 of meer aanvullende modules gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan is er geen wachttijd voor deze modules, behalve voor plastische chirurgie. Hiervoor geldt altijd een wachttijd van 24 maanden.

Algemene voorwaarden

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| H1 | Algemene definities en basisafspraken | P. 22 |
| | 1 Onze algemene definities | |
| | 2 Onze basisafspraken | |
| H2 | Geldigheidsduur en veranderingen | P. 24 |
| | 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 kan FBTO de overeenkomst opzeggen? | |
| H3 | Verhuizen | P. 27 |
| | 7 Wat verwacht FBTO van u als u verhuist? | |
| | 8 Waarom is de juiste adressering zo belangrijk? | |
| H4 | Algemene regels en uitsluitingen | P. 28 |
| | 9 Welk recht en welke taal zijn van toepassing? | |
| | 10 Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens? | |
| | 11 Wat zijn de gevolgen van fraude? | |
| | 12 Wat betekent de terrorismeclausule voor u? | |
| | 13 In welke gevallen kunt u geen beroep op FBTO doen? | |
| | 14 Welke kosten vergoedt FBTO niet? | |
| H5 | Premie | P. 33 |
| | 15 Hoe betaalt u uw premie? | |
| H6 | Vergoeding van medische kosten | P. 34 |
| | 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. 36 |
| | 19 Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst? | |
| H8 | Klachten | P. 37 |
| | 20 Heeft u een klacht? | |

H1

Algemene definities en basisafspraken

ARTIKEL 1 *Onze algemene definities*

In deze overeenkomst gebruiken wij de volgende termen:

- a) *wij, ons, onze, FBTO*: is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V. KvK 28080300 en is geregistreerd bij de AFM;
- b) *u, uw*: de persoon die de overeenkomst sluit;
- c) *verzekerde*: de persoon of personen die u met deze overeenkomst verzekert;
- d) *contractsvervaldag*: de datum waarop de overeenkomst met 1 jaar wordt verlengd;
- e) *kalenderjaar*: de periode van 1 januari tot en met 31 december;
- f) *Nederland*: het land Nederland, met uitzondering van de bijzondere gemeenten Bonaire, Sint-Eustatius en Saba.

ARTIKEL 2 *Onze basisafspraken*

Lid 1

Voor deze overeenkomst gelden de volgende basisafspraken met u.

- Wij gaan ervan uit dat u volledig en juist antwoord geeft op de vragen die FBTO u stelt.
- Wij baseren ons op de gegevens die u ons telefonisch, schriftelijk of elektronisch geeft.
- U ontvangt een elektronische polis van FBTO op basis van de gegevens die u heeft verstrekt.
- U controleert deze polis op juistheid en volledigheid. 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. Informeert u ons niet hierover? Dan geldt deze overeenkomst niet en is deze niet tot stand gekomen. U kunt er dan geen beroep op doen.
- U stemt in met de polis, de Algemene voorwaarden aanvullende modules en de Productvoorwaarden aanvullende modules. Deze voorwaarden kunt u raadplegen op fbto.nl. Elke op de polis genoemde module geldt voor de verzekerden gezamenlijk. Een uitzondering is de module Tand. Deze geldt uitsluitend voor de personen die op de polis bij deze module genoemd worden.
- U mag zelf uw zorgverlener kiezen. De voorwaarde is dat de zorgverlener voldoet aan de eisen die de overheid stelt, of dat er sprake is van een door FBTO erkende beroepsorganisatie van soortgelijke zorgverleners.

Lid 2 Informatie over afgesloten aanvullende modules

Kiest u voor 1 of meer aanvullende modules? Dan vindt u in de Productvoorwaarden aanvullende modules beschrijvingen van wat u verzekerd heeft. Op uw polis staat welke modules van toepassing zijn op deze overeenkomst. U kunt uw polis raadplegen via MijnFBTO. De Algemene voorwaarden aanvullende modules zijn ondergeschikt aan de Productvoorwaarden aanvullende modules.

Lid 3 Persoonlijke informatie in MijnFBTO

MijnFBTO geeft u op elk moment van de dag inzage in uw FBTO Zorgverzekering. U kunt hier uw persoonlijke informatie raadplegen en/of wijzigingen doorgeven.

Lid 4 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de basisverzekering.

Lid 5 Aansprakelijkheid van derden

- a) Is een eventuele derde aansprakelijk voor de zorgkosten? Dan bent u verplicht FBTO te helpen om de kosten op deze partij te verhalen.
- b) Is lid 5a op u van toepassing? Dan vragen wij u om ons zo snel mogelijk te informeren.

H2 Geldigheidsduur en veranderingen

ARTIKEL 3 *Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en FBTO? En hoe lang?*

- Lid 1** De overeenkomst gaat in op de datum die als ingangsdatum op de elektronische polis is vermeld.
- Lid 2** De looptijd van de overeenkomst is 1 kalenderjaar. Gaat de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar in? Dan geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar.
- Lid 3** De overeenkomst wordt daarna steeds met 1 kalenderjaar verlengd.

ARTIKEL 4 *Kan FBTO de overeenkomst wijzigen? En wat betekent dit voor u?*

Lid 1 Wij mogen de premie en voorwaarden wijzigen

Wij mogen de premie en/of de voorwaarden van deze overeenkomst wijzigen, op een datum die wij bepalen. Wij informeren u altijd van tevoren over wijzigingen. Maakt u geen gebruik van uw recht dat in het volgende lid staat? Dan gelden de wijzigingen ook voor u.

Lid 2 Niet eens met een wijziging? Dan mag u de overeenkomst beëindigen

Bent u het niet eens met de wijziging? Dan mag u de overeenkomst beëindigen. Dat doet u door ons binnen 1 maand nadat de wijziging is ingegaan, een brief of e-mail te sturen waarin u de overeenkomst opzegt. De overeenkomst stopt dan op de datum dat de wijziging is ingegaan. Wilt u de overeenkomst beëindigen, omdat wij de premie verhogen? Dan mag u de overeenkomst opzeggen tussen het moment dat u het bericht daarvan kreeg en het moment dat u de nieuwe premie moet betalen. Als u te veel premie heeft betaald, krijgt u die terug.

Lid 3 U mag niet altijd uw overeenkomst beëindigen bij wijzigingen

Bij sommige wijzigingen mag u de overeenkomst niet beëindigen, namelijk als:

- wij de premie verlagen of u betere voorwaarden aanbieden;
- wij de premie en/of voorwaarden moeten aanpassen, omdat er iets verandert in de wettelijke regeling. Bijvoorbeeld: de omvang van de zorg volgens de AWBZ, of een wijziging van de Zorgverzekeringswet;
- wij de premie hebben gewijzigd volgens de leeftijdsgebonden tariefstructuur;
- wij de premie hebben gewijzigd omdat wij de Overeenkomst Zorgverzekeringswet hebben afgesloten bij een andere verzekeringsmaatschappij dan FBTO.

ARTIKEL 5 *Welke wijzigingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?*

Lid 1 **Geef wijzigingen op tijd door**

Tijdens de looptijd van de overeenkomst kan er iets in uw situatie wijzigen. Sommige van die wijzigingen moet u schriftelijk, telefonisch of elektronisch aan ons doorgeven. Bijvoorbeeld: uw gezinssamenstelling verandert door geboorte, adoptie, echtscheiding of overlijden. Of iemand uit uw gezin verhuist naar een ander adres of u krijgt een ander e-mailadres. Meld de wijziging binnen 30 dagen na wijziging. Informeert u ons later? Dan gaat de wijziging in op de datum dat u deze aan ons heeft doorgegeven. Eventueel te veel berekende premie verrekenen wij dan niet met u.

Lid 2 **U kunt uw zorgverzekering eenvoudig uitbreiden**

U kunt ons op elk moment vragen om uw verzekering met 1 of meer modules uit te breiden. Zet u een module aan? Dan gaat de module in op de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de maand waarin wij uw verzoek hebben ontvangen.

Lid 3 **Maandelijks aanvullende modules aan- en uitzetten**

U kunt de modules van de FBTO Zorgverzekering maandelijks aanzetten of uitzetten. De wijziging gaat dan in op de eerste van de volgende kalendermaand. In een aantal gevallen geldt daarbij een wachttijd voor vergoedingen. Deze wachttijd geldt ook als u voor een hogere vergoeding kiest. In de voorwaarden van de Aanvullende Zorgverzekering (*onderdeel Hoe te handelen - Modules wijzigen en wachttijden*) leest u hier meer over. De gewenste samenstelling van uw zorgverzekering kunt u bij voorkeur via MijnFBTO doorgeven. U kunt het eventueel ook telefonisch of schriftelijk aan ons doorgeven.

ARTIKEL 6 *Wanneer kunt u of kan FBTO de overeenkomst opzeggen?*

Lid 1 **Uw overeenkomst opzeggen**

Als u een verzekering heeft afgesloten, ontvangt u van ons een e-mail waarin wij dat bevestigen. Wilt u afzien van de verzekering? Dan kan dat door ons een e-mail te sturen waarin u dat doorgeeft. Dat moet u dan doen binnen 14 dagen nadat u ons bericht heeft ontvangen. De zorgverzekering wordt dan geacht nooit te zijn ingegaan. Heeft u inmiddels al premie betaald? Dan betalen wij die aan u terug. Hadden wij inmiddels al zorgkosten vergoed? Dan moet u die aan ons terugbetalen. Het moet hier gaan om reeds gedeclareerde zorgkosten of kosten die wij namens verzekerden aan zorgverleners hebben betaald.

Lid 2 **Opzegtermijn: uiterlijk de laatste dag van de maand**

U kunt de overeenkomst uiterlijk op de laatste dag van iedere maand opzeggen. De overeenkomst stopt dan op de eerste dag van de volgende maand. Zegt u de overeenkomst niet op? Dan verlengen wij de overeenkomst stilzwijgend voor 1 kalendermaand.

Lid 3 Hoe u de opzegging doorgeeft

U kunt de overeenkomst op twee manieren opzeggen:

- door ons uiterlijk op de laatste dag van de maand in een brief of e-mail te laten weten dat u de overeenkomst wilt opzeggen;
- door de opzegservice te gebruiken. De opzegservice werkt als volgt. Sluit u uiterlijk op de laatste dag van de maand een zorgverzekering af bij een andere zorgverzekeraar? En gaat die nieuwe verzekering de volgende maand in? Dan zegt uw nieuwe zorgverzekeraar de oude verzekering voor u op. Als u niet wilt dat de nieuwe zorgverzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt, dan kunt u dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering.

Lid 4 Opzeggen als u onjuiste informatie heeft gegeven

Heeft u ons onjuiste of onvolledige informatie gegeven? En passen wij daarom de verzekeringsdekking en/of premie aan? Dan mag u de overeenkomst binnen uiterlijk 2 maanden opzeggen. Als u te veel premie heeft betaald, krijgt u die terug.

Lid 5 Beëindiging bij onjuiste voorstelling van zaken

Wij kunnen de overeenkomst beëindigen, als u of een verzekerde een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of vervalste of misleidende stukken heeft overlegd. Wij beëindigen de overeenkomst dan per de datum dat de gegevens zijn verstrekt of onjuiste voorstelling van zaken is gegeven. (Zie ook artikel 11.)

Lid 6 Beëindiging als u langer dan een jaar niet meer in Nederland bent

Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden achter elkaar buiten Nederland? Dan kunnen wij de verzekeringsdekking voor u of die verzekerde beëindigen.

Lid 7 Woont u niet langer in Nederland? Dan beëindigen wij de overeenkomst met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont.

H3 Verhuizen

ARTIKEL 7 *Wat verwacht FBTO van u, als u verhuist?*

Lid 1 Gaat u verhuizen? Stuur ons dan voordat u verhuist een adreswijziging.

Lid 2 Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden in een aaneengesloten periode niet in Nederland? Dan moet u dat aan ons laten weten. (Zie ook artikel 6 lid 6 en lid 7.)

ARTIKEL 8 *Waarom is een juist adres zo belangrijk?*

Wij sturen onze berichten naar het laatst bekende (e-mail)adres. Wij gaan er dan van uit dat deze berichten 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 gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?*

Lid 1 **Wij handelen volgens de Gedragscode Verzekeraars**

Als we uw persoonsgegevens verwerken, handelen wij volgens de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van Zorgverzekeraars Nederland, www.zn.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij Zorgverzekeraars Nederland, postbus 520, 3799 AM Zeist. Het telefoonnummer is (030) 698 89 11.

Lid 2 **Waarvoor wij uw persoonsgegevens gebruiken**

Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea:

- om verzekeringsovereenkomsten aan te gaan en uit te voeren of om financiële diensten voor u te verrichten;
- om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- voor relatiebeheer;
- om u te informeren over relevante producten en diensten;
- voor statistische analyses;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.

Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en diensten? Meld dat dan door een bericht te sturen naar relatiebeheer@fbto.nl of naar FBTO, afdeling Relatiebeheer, postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

Centraal Informatie Systeem speelt een belangrijke rol bij acceptatie

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. De Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame schadeverzekeraarsmaatschappijen (Stichting CIS) bewaart de informatie die u aan verzekeraars geeft. Voor een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS in Zeist (bezoekadres: Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag; postbus 124, 3700 AC Zeist).

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Financiële instellingen gebruiken dit register om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen. Wij kunnen dat toetsen via de Stichting CIS. Het doel van de registratie bij de Stichting CIS is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Op deze registratie is het privacyreglement van de Stichting CIS van toepassing. Zie meer voor informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het privacyreglement.

Lid 3 **Wij mogen in bepaalde gevallen uw gegevens doorgeven aan derden**

Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij informatie geven en vragen aan anderen, zoals zorgverleners, leveranciers en administratieve dienstverleners. Dat mogen wij alleen doen, als dit nodig is om onze verplichtingen van de zorgverzekering na te komen. Onder 'informatie' verstaan wij hier: uw adresgegevens en uw polisgegevens. Wilt u niet dat anderen uw gegevens inzien? En heeft u daar een dringende noodzakelijke reden voor? Dan kunt u dat schriftelijk aan ons melden.

ARTIKEL 11 *Wat zijn de gevolgen van fraude*

Lid 1 Fraude is als iemand een aanspraak en/of vergoeding krijgt van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a) onder valse voorwendselen;
- b) op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst specifiek verstaan wij hieronder een of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- a) een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b) vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c) een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d) feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

Lid 2 **Hoe wij fraude onderzoeken**

Is er mogelijk sprake van fraude? Dan mogen wij een gespecialiseerd en gecertificeerd onderzoeksbureau inschakelen. U bent verplicht mee te werken aan dit onderzoek. Doet u dat niet? Dan vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet en zeggen wij de overeenkomst op. Wij informeren u schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau.

Lid 3 Bij fraude heeft u geen aanspraak op zorg of vergoeding

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er geen uitkering plaatsvindt. Alle gemaakte kosten moet u terugbetalen. Behalve als u of de verzekerde kan aantonen dat het niet rechtvaardig is dat u vanwege de fraude geen vergoeding krijgt. Eventueel onterecht uitgekeerde bedragen vorderen wij terug. Wij mogen bij fraude ook de expertisekosten en de onderzoekskosten aan u in rekening brengen.

Andere gevolgen fraude

Lid 4 Wij mogen de overeenkomst beëindigen volgens artikel 6 lid 5.

Behalve als u of de verzekerde kan aantonen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerden.

Lid 5 Wij kunnen bij de politie aangifte doen van de fraude.

Lid 6 Bij fraude registreren wij uw gegevens in het waarschuwingssysteem dat financiële instellingen gebruiken; zie ook artikel 10 lid 2.

Lid 7 Wij werken volgens een controleplan

Wij verrichten voor deze aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst materiële controle en/of fraudeonderzoek overeenkomstig daarvoor voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringwet is bepaald. Wij hebben hiervoor per zorgsoort een controleplan. Dit controleplan kunt u bij ons opvragen of raadplegen op fbto.nl. Zie hiervoor Algemene Risicoanalyse.

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 kunnen wij de schade-uitkering beperken als er sprake is van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke. Ook preventieve maatregelen, handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke beperken de schade-uitkering.

Lid 2 De volledige clausule in het clausuleblad Terrorismen over vergoedingen bij terrorisme vindt u op het Clausuleblad Terrorismemedeking in de bijlage bij deze voorwaarden. Bovendien kunt u voor meer informatie kijken op www.terrorisમેverzekerd.nl.

ARTIKEL 13 *In welke gevallen kunt u geen beroep doen op FBTO?*

Lid 1 Wij keren niet uit als de schade en/of kosten veroorzaakt zijn door of ontstaan zijn uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij. In de bijlage vindt u de definities van de molestbegrippen. Deze vindt u als bijlage bij deze voorwaarden.

Lid 2 Wij keren niet uit, als de schade is veroorzaakt door atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan.

- Lid 3** Wij keren niet uit als de schade is veroorzaakt of verergerd door een ernstige mate van schuld (zogenoemde merkelijke schuld), roekeloosheid of opzet van u of een verzekerde.
- Lid 4** Wij keren niet uit als u of een verzekerde bij schade met opzet feiten verzwijgt, omstandigheden bewust niet vermeldt of een valse opgave doet.
- Lid 5** Houdt u of een verzekerde zich niet aan de verplichtingen in deze overeenkomst? En worden de belangen van FBTO daardoor geschaad? Dan keren wij niet uit.

ARTIKEL 14 *Welke kosten vergoedt FBTO niet?*

Wij vergoeden geen kosten die verband houden met:

- Lid 1** Operaties die uw vorm en/of uiterlijk veranderen. Maar wij kunnen toestemming geven om van deze regel af te wijken. Bijvoorbeeld bij verminkingen door een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking. Daarvoor kunt u of kan uw arts een schriftelijk verzoek indienen;
- Lid 2** Haargroemiddelen;
- Lid 3** Het ongedaan maken van kunstmatige verkregen sterilisatie;
- Lid 4** Niet-erkende geneeswijzen, behalve als uw verzekerde modules deze vergoeden. 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, behalve als uw verzekerde modules deze wel vergoeden;
- Lid 6** Hulp van een huisarts of medisch specialist 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 de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke, behalve als uw verzekerde modules deze wel vergoeden;
- Lid 8** Hulp in niet-erkende instellingen, zoals medisch-opvoedkundige bureaus, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden;
- Lid 9** Hulp door orthopedagogen;
- Lid 10** Overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privékliniek;
- 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 definitie 'farmaceutische zorg' van hoofdstuk 9, artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules;

- Lid 15** Experimentele zorg en/of zorg die niet voldoet aan de definitie ‘medisch noodzakelijk’ van hoofdstuk 9, artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules;
- Lid 16** De volgende aan fysiotherapie gelieerde behandelingen: dry needling, shockwave, beweegcursussen, sporttraining, medische en preventieve training;
- Lid 17** Behandeling tegen snurken met uvuloplastiek
- Lid 18** Behandelingen die u zelf heeft uitgevoerd ten laste van uw verzekering; Wilt u dat uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? Dan moet u vooraf toestemming aan ons vragen. Anders komen deze behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking.

H5 Premie

ARTIKEL 15 *Hoe betaalt u uw premie?*

Lid 1 Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, incasseren wij het bedrag dat op de eerste premienota staat.

Lid 2 Wij incasseren uw premie op de eerste werkdag van iedere kalendermaand.

Lid 3 De premie en kosten die wij in rekening brengen, mag u niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Lid 4 Betaalt u te laat? Dan laten wij u weten wat de gevolgen zijn voor de geldigheid van deze overeenkomst.

Lid 5 Als wij uw premie niet kunnen incasseren

Kunnen wij uw premie niet incasseren en beëindigen we de overeenkomst uiteindelijk om die reden? Dan verhogen wij het openstaande bedrag met incassokosten en wettelijke rente. Betaalt u het gehele openstaande bedrag? Dan heeft u niet automatisch recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.

Lid 6 Uw betalingsverplichtingen blijven ook bestaan als deze overeenkomst is beëindigd.

Lid 7 Heeft u een (premie)bedrag nog niet betaald? Dan kunnen wij dat bedrag verrekenen met een vergoeding waarop u of een verzekerde volgens deze overeenkomst recht heeft. Dat doen wij volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek.

Lid 8 U mag uw bankinstelling geen opdracht geven om meer dan 1 termijnbetaling terug te boeken.

Lid 9 Over de automatische incasso

Voor automatische incasso geldt het volgende:

- a) De premie, het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, de wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen betaalt u bij voorkeur per automatische incasso. Kiest u voor een andere betaalwijze? Dan kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- b) U ontvangt de vooraankondiging van de automatische incasso voor de eigen bijdrage en het eigen risico doorgaans 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit geldt niet voor de premie. De vooraankondiging hiervoor ontvangt u eenmaal per jaar via een e-mail of brief.
- c) U ontvangt een vooraankondiging van de automatische incasso bij een gewijzigde termijnpremie en aanvullende premienota.

H6 Vergoeding van medische kosten

ARTIKEL 16 *Welke regels gelden als u medische zorg inroept?*

- Lid 1** U of de verzekerde legitimeert zich als het ziekenhuis, de polikliniek of de 'dienstenstructuur' hierom vraagt. In hoofdstuk 9, artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules leest u wat de 'dienstenstructuur' is.
- Lid 2 Reden van opname doorgeven**
Wil onze medisch adviseur weten wat de reden van opname is? Dan vraagt u of de verzekerde aan de behandelend arts of medisch specialist om de reden bekend te maken.
- Lid 3 Medewerking verlenen als informatie nodig is**
Hebben wij of heeft onze medisch adviseur informatie nodig die noodzakelijk is in verband met de gevraagde medische zorg? Dan verleent u of de verzekerde medewerking om deze informatie op te vragen.
- Lid 4 Helpen kosten te verhalen op aansprakelijke**
Is een derde aansprakelijk voor de zorgkosten? Dan helpt u of de verzekerde ons om de kosten op deze partij te verhalen. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u of de verzekerde geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of zijn verzekeringsmaatschappij. Komt u deze verplichting niet na en schaadt dat onze belangen? Dan betalen wij geen vergoeding voor de betreffende medische kosten.

ARTIKEL 17 *Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van medische kosten?*

- Lid 1 Kosten voor de ingangsdatum vergoeden wij niet**
Of u recht heeft op vergoeding, hangt af van de datum waarop de kosten zijn gemaakt. Die datum is bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. De datum van behandeling waarop u zorg heeft genoten, is bepalend voor de vaststelling van uw recht op vergoeding. Niet de dag waarop u de kosten van de behandeling heeft betaald. U of de verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten die zijn gemaakt tijdens de periode dat deze overeenkomst geldt. Zijn bepaalde kosten het gevolg van schade door gebeurtenissen vóór de ingangsdatum van de verzekering? Dan vergoeden wij die niet.
- Lid 2 U kunt alleen oorspronkelijke nota's declareren**
Wij vergoeden uitsluitend oorspronkelijke nota's (dus geen herinneringsnota's) van zorgverleners. Deze mogen niet ouder zijn dan 36 maanden. En ze moeten gespecificeerd zijn volgens de regels die wij met de betreffende beroepsgroep van zorgverleners hebben afgesproken.

Lid 3 U krijgt alleen medisch noodzakelijke behandelingen vergoed

Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen. Daarbij letten wij op de voorwaarden die staan in hoofdstuk 4, artikel 14 van de Algemene voorwaarden. De definitie van 'medisch noodzakelijk' vindt u in hoofdstuk 9, artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules.

Lid 4 Let op: vergoeding nota's ouder dan een jaar duurt langer

Dient u een nota in voor een behandeling die 12 maanden of langer geleden is verricht? Dan ontvangt u de vergoeding meer dan 3 maanden later dan normaal na het indienen van de nota. Wij hebben deze extra tijd nodig om te onderzoeken of uw verzoek om vergoeding rechtmatig is. Bij het berekenen van uw vergoeding kijken wij naar het kalenderjaar waarop de nota betrekking heeft. De (maximale) vergoedingen die u in dat jaar al heeft ontvangen, tellen mee voor het bedrag waarop u nog recht heeft.

Lid 5 U krijgt geen vergoeding als u onze belangen schaadt

Komt u of een verzekerde verplichtingen uit deze overeenkomst niet na? En tonen wij aan dat daardoor onze belangen zijn geschaad? Dan heeft u geen recht op vergoeding van de verzekerde kosten.

Lid 6 Als u te veel vergoed krijgt

Hebben wij meer vergoed dan waarop u of de verzekerde recht heeft? Dan verleent u automatisch volmacht aan FBTO om het te veel betaalde bedrag van uw rekening te incasseren.

ARTIKEL 18 *Op welke wijze vergoedt FBTO de nota's van medische kosten?*

Lid 1 Het bedrag waarop u recht heeft, schrijven wij over op het rekeningnummer dat u heeft opgegeven.

Lid 2 FBTO betaalt aan u, als u de nota heeft betaald

Heeft u of de verzekerde de nota van de zorgverlener betaald? Dan vergoeden wij aan u het bedrag waarop u recht heeft. Is dit bedrag hoger dan het bedrag waarop de zorgverlener recht heeft? Dan machtigt u FBTO om het bedrag dat u te veel heeft betaald, terug te vorderen op de betreffende zorgverlener.

Lid 3 FBTO betaalt de zorgverlener, als de nota direct aan ons is gestuurd

Stuurt de zorgverlener de nota voor medische zorg aan u of een verzekerde naar FBTO? Dan vergoeden wij het bedrag waarop u of de verzekerde recht heeft, volgens de bepalingen van deze overeenkomst, rechtstreeks aan de zorgverlener.

H7 Andere verzekeringen

ARTIKEL 19 *Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?*

- Lid 1** Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekering indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

H8 Klachten

ARTIKEL 20 *Heeft u een klacht?*

- Lid 1** Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de afdeling waarvan u bericht heeft ontvangen. Dit moet u doen binnen 12 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht.
- Lid 2 **Wat doen wij met uw klacht?****
Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt binnen 10 dagen een eerste inhoudelijke reactie van ons. Als er meer tijd nodig is om uw klacht af te handelen, dan ontvangt u hierover een bericht van de behandelende afdeling.
- Lid 3 **Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk****
Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht afhandelen? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling FBTO Klachtenmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 3 weken ontvangt u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover bericht.
- Lid 4 **Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk****
Voldoet de herbeoordeling van de afdeling FBTO Klachtenmanagement niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) Postbus 291, 3700 AG Zeist. Lees meer op www.skgz.nl. De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.
- Lid 5 **Behandeling door burgerlijk rechter****
Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijk rechter te stappen. Dit kan ook nadat de SKGZ een bindend advies heeft uitgebracht.
- Lid 6 **Klachten over formulieren****
Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

PRODUCTVOORWAARDEN
AANVULLENDE MODULES

Productvoorwaarden aanvullende modules

| | | |
|------------|----------------------------------------------|-------|
| H9 | Definities | P. 40 |
| H10 | Premie | P. 47 |
| H11 | Geldigheidsgebied | P. 48 |
| H12 | Module Alternatieve Geneeswijzen | P. 50 |
| H13 | Module Buitenland | P. 54 |
| H14 | Module Calamiteiten | P. 60 |
| H15 | Module Gezichts zorg en Orthodontie | P. 64 |
| H16 | Module Gezinsplanning | P. 72 |
| H17 | Module Therapieën | P. 78 |
| H18 | Module Tand | P. 84 |
| H19 | Module Extra Zorg | P. 88 |
| H20 | Productvoorwaarden losse aanvullende modules | P. 94 |

H9 Definities

ARTIKEL 1 *Onze definities voor de aanvullende modules*

In de Productvoorwaarden aanvullende modules gebruiken wij de termen die hieronder staan.

- Apotheek: onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.
- Apotheekhoudende: de apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.
- Arts: iemand die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is om de geneeskunst uit te oefenen. Een arts moet als zodanig geregistreerd staan bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Arts voor de jeugdgezondheidszorg: een arts die werkzaam is zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg (Wjz).
- AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Bedrijfsarts: een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst dat de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGCR) heeft ingesteld. Een bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.
- Bekkenfysiotherapeut*: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).
- BIG: zie Wet BIG.
- Bijna-thuis-huis: een huis dat bestemd is voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en die dus binnen een afzienbare tijd zullen sterven.
- BSN: Burgerservicenummer.
- Dagbehandeling: opname korter dan 24 uur.
- Dienstenstructuur: een organisatorisch verband van huisartsen zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking

werkings sfeer Wet marktordening gezondheidszorg. De dienstenstructuur is opgericht om 's avonds, 's nachts en in het weekeinde huisartsenzorg te verlenen. Een dienstenstructuur moet een rechtspersoonlijkheid en een rechtsgeldig tarief hebben.

- Diëtist: een diëtist die voldoet aan de eisen in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- Eerstelijnspsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (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 in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- EU- en EER-staat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- Farmaceutische zorg: onder farmaceutische zorg wordt verstaan:
 - a) de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
 - b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.
- Fysiotherapeut*: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder 'fysiotherapeut' verstaan wij ook een heilgymnast-masseur zoals bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- Gezin: één volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000 of de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

- Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog): een gezondheidszorg-psycholoog die als zodanig geregistreerd is conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- GGZ-instelling: een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.
- GVS: geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het GVS regelt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die niet in het GVS staan, vergoeden wij niet. Per geneesmiddel geldt ook een maximale vergoeding. Overschrijdt een leverancier deze maximale vergoeding? Dan betaalt u het bedrag boven de limiet zelf. Deze eigen bijdrage noemen we de ‘GVS-bijdrage’.
- Hospice: verblijf voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en die dus binnen een afzienbare tijd zullen sterven.
- Huidtherapeut: een huidtherapeut, in Nederland gevestigd, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). De huidtherapeut moet geregistreerd zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH).
- Huisarts: een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.
- Hulpmiddelenzorg: de voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- 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 die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- Kinderfysiotherapeut*: een kinderfysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, en in het deelregister Kinderfysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

- Kinder- en jeugdpsycholoog: een kinder- en jeugdpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Kraamcentrum: een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.
- Kraamzorg: de zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 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 hulpbehoevend door naasten: familieleden, vrienden, kennissen en burens.
- Manueel therapeut*: een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, en in het deelregister Manueeltherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Medisch adviseur: de arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- Medisch noodzakelijk: verpleging, onderzoek en behandeling is 'medisch noodzakelijk' als het in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen is 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 van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de volgende situaties moet u vooraf toestemming aan FBTO vragen, ook als de behandelend arts meent dat de verpleging, het onderzoek of de behandeling medisch noodzakelijk is:
 - als u voor medisch noodzakelijke zorg vanuit Nederland naar het buitenland gaat;
 - voor elektrische epilatie van gezichtsbehaarung;
 - voor plastische chirurgie (ooglid- en oorcorrecties);
 - voor het invriezen van sperma en onbevuchte eicellen;
 - voor couveuse nazorg;
 - voor een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen.

In de artikelen over deze zorg leest u wat uw rechten en plichten precies zijn.
- Medisch specialist: een arts die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

- Mondhygiënist: een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidings-eisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en in het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).
- Oedeemtherapeut*: een oedeemtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, en in het aantekeningenregister Oedeemtherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Oefentherapeut: een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- Oefentherapeut cesar of oefentherapeut mensendieck*: een oefentherapeut cesar of oefentherapeut mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- Ongeval: onder ongeval verstaan wij een plotseling en onverwacht van buiten af en buiten diens wil inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waardoor rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.
- Opname: opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord 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 Tandheelkunde (NMT).
- Palliatieve zorg: patiëntenzorg die gericht is op het verminderen en verzachten van de pijn en andere klachten in het laatste stadium van een ongeneeslijke ziekte.
- Paramedische zorg: de zorg door zorgverleners die in dit artikel zijn aangeduid met een *.
- Pedicure: een rechtmatig gevestigde pedicure met de vakdiploma's die de branche erkent. Een pedicure moet zijn opgenomen in het KwaliteitsRegister voor Pedicures van ProCert.
- Podotherapeut: een podotherapeut die voldoet aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Stichting Loop, en die bij deze vereniging of stichting is aangesloten.
- Reglement Hulpmiddelen: Het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

- Revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- Schoonheidsspecialist: een rechtmatig gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging, die voldoet aan de kwaliteitseisen van brancheorganisatie ANBOS.
- Sportmasseur: een sportmasseur met een licentie van het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS) of de Nederlandse Examen Stichting Sportverzorging en Massage (NESM).
- Tandarts: een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Tandprotheticus: een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- U/uw: de verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.
- Uitsluitingen: uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.
- UPT-tarief: een tarief volgens de Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp.
- Verblijf: een opname met een duur van 24 uur of langer.
- Verdragsland: elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- Verloskundige: een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Wet BIG: wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan onder meer de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
- Wij/ons: Achmea Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.

- Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- Ziekenhuis: een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- Ziekenvervoer: medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto en veerboot 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.
- Zorggroep: dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.
- Zorgverlener: de zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.
- Zorgverzekeraar: voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V. met als handelsnaam FBTO Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.

H10 Premie

ARTIKEL 2 *Hoe berekenen wij uw premie?*

- Lid 1** Wij berekenen uw premie op basis van de leeftijd van de verzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder.
- Lid 2** Wijzigt tijdens de looptijd van deze overeenkomst de gezinssamenstelling? Dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.
- Lid 3** Verhuizen 1 of meer verzekerde gezinsleden, bijvoorbeeld voor een studie? Ook dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.

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 op de module Buitenland. Deze module vergoedt spoedeisende zorg in het buitenland. Lid 1 is wel van toepassing op vaccinaties.
- Lid 3** **U heeft vooraf toestemming nodig voor medische zorg buiten Nederland**
Wilt u medische zorg buiten Nederland? Dan dient u vooraf schriftelijk een verzoek in bij de medisch adviseur van FBT0. Deze adviseert ons of wij de zorg buiten Nederland wel of niet moeten vergoeden. Vervolgens stellen wij u hiervan op de hoogte. Gaat u niet akkoord met het advies van de medisch adviseur? Dan wijst u in overleg met ons een medisch specialist aan. U stelt samen met ons een onderzoeksopdracht op voor deze medisch specialist. De specialist stelt een advies op over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Daarbij houdt de adviseur rekening met de onderzoeksopdracht en met deze overeenkomst. Op basis van dit advies nemen we een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

ARTIKEL 4 *Welke modules zijn van toepassing?*

Op deze overeenkomst zijn uitsluitend de modules van toepassing die op uw online polis staan. U kunt uw polis raadplegen via MijnFBTO.nl.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

H12 Productvoorwaarden module Alternatieve geneeswijzen

ARTIKEL 5 *Op welke alternatieve zorg (niet-reguliere behandelwijzen) heeft u recht?*

Lid 1 **Uw alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan onze criteria**

Uw alternatief genezer of therapeut moet zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze kwaliteitseisen voor alternatieve genezers en therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. Wij vergoeden de behandeling niet als er een andere behandeling wordt toegepast dan de behandeling waarvoor de kwaliteitseisen gelden. U kunt het overzicht met beroepsverenigingen vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen. U raadpleegt de lijst vóórdat met de behandeling wordt begonnen. Twijfelt u of u recht heeft op een vergoeding? Vraag het dan vooraf aan ons. Voldoet uw zorgverlener aan de kwaliteitseisen van deze beroepsverenigingen en staat de beroepsvereniging duidelijk op de nota vermeld, pas dan verwerken wij uw nota.

Lid 2 **Maximumvergoeding per kalenderjaar**

U kunt kiezen uit 2 vergoedingsbedragen voor alternatieve geneeswijzen of therapieën. Afhankelijk van uw keuze heeft u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot:

- keuze 1: maximaal € 500,-;
- keuze 2: maximaal € 750,-.

Manuele therapie vergoeden wij via de Module Alternatieve Geneeswijzen als:

- de fysiotherapeut de opleiding tot manueel therapeut bij de beroepsvereniging VMT heeft gevolgd en niet BIG geregistreerd is.

Manuele therapie vergoedingen wij via de Module Therapieën als:

- a) de fysiotherapeut een specialisatie/bevoegdheid heeft voor manueel therapie en BIG geregistreerd is.
- b) de fysiotherapeut de opleiding tot manueel therapeut bij de beroepsvereniging VMT of NVMT heeft gevolgd en BIG geregistreerd is.

U kunt op bigregister.nl controleren of de fysiotherapeut BIG geregistreerd is.

Lid 3 **Maximumvergoeding per dag**

Per bezoeksdatum vergoeden wij maximaal een bedrag van € 35,-. En alleen als de behandelaar is aangesloten bij een beroepsvereniging die op onze beroepsverenigingenlijst staat.

Lid 4 Alleen vergoeding voor consult bij medische behandeling

U ontvangt alleen een vergoeding, als het consult bij een medische behandeling hoort. Wij beoordelen of dit inderdaad het geval is.

Lid 5 Vergoeding huur APS-apparaat

U heeft recht op vergoeding van de huur van een APS-apparaat.

Meer informatie hierover vindt u op apstherapy.com. De kosten van de huur komen ten laste van de gekozen maximumvergoeding van € 500,- of € 750,-.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de kosten:

- wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is;
- van (laboratorium)onderzoek;
- van manuele therapie gegeven door een BIG geregistreerde fysiotherapeut;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- of schoolgerelateerde coaching.
- remedial teaching, relatietherapie en mindfulness.

ARTIKEL 6 *Welke antroposofische geneesmiddelen, homeopathische geneesmiddelen en zelfzorggeneesmiddelen vergoeden wij?*

Lid 1 Maximumvergoeding per kalenderjaar

Gebruikt u antroposofische geneesmiddelen, homeopathische geneesmiddelen en/of zelfzorggeneesmiddelen? Dan vergoeden wij maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.

Lid 2 Voorwaarden vergoeding homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Maar alleen als een (huis)arts deze geneesmiddelen voorschrijft. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Wij vergoeden ook homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding 'u.a.' ('uitsluitend apotheek'). Maar alleen als deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen. Op www.cbg-meb.nl kunt u deze lijst vinden onder de naam "Lijst van homeopathische farmaceutische producten".

Lid 3 Voorwaarden vergoeding zelfzorggeneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen. Maar alleen als de zelfzorggeneesmiddelen zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Gebruikt u deze zelfzorggeneesmiddelen chronisch, dat wil zeggen langer dan 6 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering deze kosten. Volgens de basisverzekering moet u deze medicijnen de eerste 15 dagen zelf betalen. Met deze module vergoeden wij de kosten van de eerste 15 dagen dat u deze medicijnen gebruikt.

U krijgt alleen een vergoeding als een apotheek of apotheekhoudende de medicijnen levert.

- Lid 4** Wij vergoeden alleen medicijnen die zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- Lid 5** Levert een andere leverancier dan genoemd in artikel 6 lid 4 de medicijnen? Dan vergoeden wij die niet.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE BUITENLAND

H13 Productvoorwaarden module Buitenland

ARTIKEL 7 *Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg in het buitenland?*

Lid 1 Verblijft u of een verzekerde lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland korter is dan 365 dagen aaneengesloten. ‘Spoedeisend’ betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om aan te tonen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Lid 2 Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerde gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van medicijnen die de arts voorschrijft. Maar alleen als u ons het recept stuurt en de voorgeschreven medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen volgens het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS);
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo spoedig mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- 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 eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

Vergoeding vervolggkosten

Lid 4 U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;

- 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. In artikel 8 lid 2 leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

Lid 5 Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Lid 6 **Vergoeding tandheelkundige hulp na een ongeval in het buitenland**
Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie hoofdstuk 2 Geldigheidsduur en veranderingen, artikel 3 van de Algemene voorwaarden aanvullende modules. Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest invoeren.

Ook bent u verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet aantonen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per verzekerde, per ongeval. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de oorspronkelijke nota('s) van de tandarts

ARTIKEL 8 *Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening in het buitenland?*

Lid 1 Verbleeft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

Lid 2 U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo spoedig mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Lid 3 Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis?

Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

Lid 4 Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

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.

Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk? Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

- de kosten van begraving of crematie ter plaatse;
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland in verband met de begraving of crematie van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
- de verblijfkosten van deze personen gedurende maximaal 3 dagen.

Let op! Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

Lid 5 Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij 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 in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld? Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

Lid 7 Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan legt u dit voor aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

Lid 8 Vergoeding kosten vaccinatie

Wij vergoeden de volgende vaccinatiekosten voor een buitenlandse reis:

- cholera;
- dtp;
- gele koorts;
- hepatitis A/B;
- geneesmiddelen ter preventie van malaria;
- tyfus.

Wij vergoeden geen:

- vaccinaties voor ziektes die niet hierboven staan;
- vaccinaties die onder het landelijk vaccinatieprogramma vallen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Wij vergoeden maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 2) Wij vergoeden uitsluitend vaccinaties die zijn toegediend door een zorgverlener die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reisadvisering (LCR).

Als de overheid reizigers afraadt om naar het gebied te reizen

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse zaken iedereen afraadt om te reizen naar het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. Was u al in dat land of gebied? Dan heeft u er wel recht op dat wij de medische kosten betalen. Maar u moet wel zo snel als mogelijk vertrekken uit dat land of gebied. Kijk voor meer informatie op www.minbuza.nl.

Wachttijd voor vaccinaties

Zet u de module Buitenland niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er nadat u de module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van vaccinatiekosten voor een buitenlandse reis. Tijdens deze periode betaalt u wel premie, maar krijgt u vaccinatiekosten dus niet vergoed.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE CALAMITEITEN

H14 Productvoorwaarden module Calamiteiten

ARTIKEL 9 *Welke rechten heeft u als er sprake is van een ongeval?*

Onder 'ongeval' verstaan wij een plotseling en onverwacht van buiten af en buiten diens wil inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waardoor rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. Is er sprake van een ongeval? Dan vergoeden wij, als de module Calamiteiten is afgesloten op het moment van het ongeval, per verzekerde tot 65-jarige leeftijd maximaal de volgende bedragen:

- € 40.000,- bij blijvende invaliditeit;
- € 2.500,- bij overlijden.

Komen de kosten van tandheelkundige hulp door het ongeval voor uw rekening? Dan vergoeden wij die, als de module Calamiteiten is afgesloten op het moment van het ongeval, tot maximaal € 1.000,- per verzekerde.

Onze Algemene voorwaarden Schade en Productvoorwaarden ongevallenverzekering zijn van toepassing. U kunt deze voorwaarden raadplegen op fbto.nl. U kunt ons ook vragen om de Algemene voorwaarden Schade en de Productvoorwaarden ongevallenverzekering op te sturen.

ARTIKEL 10 *Welke rechten heeft u bij bezoek aan uw in het ziekenhuis opgenomen kind?*

Is een meeverzekerd minderjarig kind op uw FBTO polis opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of GGZ-instelling in Nederland? Dan vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. Maar alleen als de afstand van uw woonplaats of gasthuis tot het ziekenhuis, het revalidatiecentrum of de GGZ-instelling minimaal 25 kilometer bedraagt. Wij vergoeden € 0,31 per kilometer. U ontvangt maximaal € 300,- per verzekerd kind per kalenderjaar.

ARTIKEL 11 *Welke rechten heeft u bij verblijf in een logeerhuis of in een herstellingsoord?*

Logeerhuis

Is een verzekerde van FBTO die de module Calamiteiten heeft afgesloten in een ziekenhuis opgenomen? En overnachten meeverzekerde gezinsleden in een logeerhuis, zoals een Ronald McDonald Huis of een ander gasthuis? Dan vergoeden wij de eigen bijdrage die het ziekenhuis daarvoor in rekening brengt.

Herstellingsoord

Verblijft een verzekerde in een herstellingsoord? Dan vergoeden wij, als u de module Calamiteiten heeft afgesloten, maximaal € 1.000,- afhankelijk van de medische indicatie per verzekerde per kalenderjaar. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig. Hiervoor dient u een aanvraag bij ons in. Bij deze aanvraag voegt u een medische verklaring van de behandelend specialist, of een aanvraag van een herstellingsoord waarmee wij een contract hebben.
- Wij vergoeden alleen de kosten van opname in een herstellingsoord waarmee wij een contract hebben.

De kosten van opname voor psychosomatische gezondheidszorg vergoeden wij niet.

ARTIKEL 12 *Abonnementskosten bij personenalarmering*

Wij vergoeden, als u de module Calamiteiten heeft afgesloten, de abonnementskosten voor personenalarmering. De Hulpmiddelenlijn beoordeelt of iemand hiervoor in aanmerking komt. De leverancier voor de personenalarmering is Eurocross Assistance. Wilt u personenalarmering aanvragen? Bel dan met de Hulpmiddelenlijn: (071) 751 00 77 (lokaal tarief).

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZICHTSZORG EN ORTHODONTIE

H15 Productvoorwaarden module Gezichtsorg en Orthodontie

ARTIKEL 13 *Welke rechten heeft u bij de module Gezichtsorg en Orthodontie?*

Lid 1 **Acné**

Verwijst de (huid)arts u of een verzekerde naar een schoonheidsspecialist of huidtherapeut vanwege een ernstige vorm van acne in gezicht of hals?

Dan vergoeden wij maximaal € 250,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

De verzekerde dient de verwijzing naar FBTO toe te sturen. FBTO moet voorafgaande aan de behandeling toestemming geven.

Voorwaarde voor vergoeding

- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS). Zie hiervoor op anbos.nl.
- De huidtherapeut moet geregistreerd zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH). Zie hiervoor de website huidtherapie.nl.

Lid 2 **Brillen en lenzen**

Wachttijd

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er nadat u de module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van de kosten van brillen, lenzen en ooglaseren. Tijdens deze periode betaalt u wel premie, maar krijgt u en de medeverzekerde(n) de kosten van brillen, lenzen en ooglaseren dus niet vergoed.

Vergoedingen en kortingsregelingen voor brillen en lenzen

Elk verzekerd lid van het gezin heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op een vergoeding voor brillen of lenzen bij:

- Specsavers;
- Eye Wish Groeneveld;
- Collectief van Zelfstandige Opticiens;
- andere opticiens en optiekbedrijven van uw keuze.

Let op:

- Heeft u gekozen voor een vergoeding voor een bril? Dan ontvangt u geen vergoeding voor lenzen. Omgekeerd geldt hetzelfde.
- U komt alleen in aanmerking voor de genoemde kortingen, als u uw zorgpas toont. Neem daarom uw zorgpas mee naar de opticien.

Brillen Specsavers

Hieronder leest u welke vergoedingen en kortingsregelingen er per verzekerd lid van het gezin, per leeftijdscategorie gelden voor brillen bij Specsavers. Valt onze kortingsregeling samen met een tijdelijke kortingsactie van Specsavers, bijvoorbeeld 2 brillen voor de prijs van 1? Dan geldt de korting die voor u en eventuele medeverzekerden het gunstigst is. Is de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u? Dan vervalt daarmee de kortingsregeling van FBTO bij Specsavers. Kijk op [specsavers.nl](https://www.specsavers.nl) voor een Specsavers vestiging bij u in de buurt.

Verzekerden jonger dan 10 jaar

- U heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op een vergoeding van maximaal € 150,- voor een bril.
- In plaats daarvan kunt u 2 keer per 3 kalenderjaren gebruikmaken van de volgende aanbieding: u betaalt € 79,- voor een montuur en ontvangt gratis Trivex kraswerende enkelvoudige glazen. Bij deze bril ontvangt u gratis een tweede montuur ter waarde van € 79,-, inclusief enkelvoudige glazen.

Verzekerden van 10 tot 16 jaar

- U heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op vergoeding van een bril tot € 139,-. Hiermee heeft u per 3 kalenderjaren recht op 2 kinderbrillen uit de 'teenreeks'. U betaalt hiervoor in totaal € 139,-. De brillen bestaan uit een montuur, standaard enkelvoudige glazen en gratis kraswerende coating. De totale winkelwaarde hiervan is € 308,-.

Verzekerden vanaf 16 jaar

U heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op een vergoeding van maximaal € 150,- voor een bril. Daarnaast kunt u gebruikmaken van deze kortingsregelingen:

- 25% korting op het aankoopbedrag van een complete enkelvoudige bril (montuur, glazen en glasopties).
- Kiest u niet voor de 25%-kortingsregeling dan krijgt u 30% korting op een complete varifocale bril (montuur, glazen en glasopties).
- 2e bril of varifocale bril gratis bij monturen vanaf € 79,-. U kunt kiezen uit een montuur van dezelfde of lagere prijsklasse en dezelfde standaard enkelvoudige of dezelfde varifocale glazen.
- Kiest u niet voor een gratis tweede bril of varifocale bril? Dan mag u bij monturen vanaf € 79,- kiezen voor gratis ontspiegeling, of gratis standaard varifocale glazen, of gratis meekleurende glazen.

- Koopt u een montuur vanaf € 69,-? Dan krijgt u bovendien 25% korting op de aankoopprijs van een merkzonnebril, of 25% korting op een complete zonnebril met glazen op sterkte (montuur, glazen en glasopties), of 30% korting op een complete varifocale zonnebril met glazen op sterkte (montuur, glazen en glasopties).

Lenzen Specsavers

FBTO vergoedt 1 maal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin voor lenzen. Specsavers geeft u of een verzekerde bovendien een maand gratis lenzen bij het eerste 6 maandenabonnement. U krijgt 7 maanden lenzen en betaalt 6 maanden. Daarnaast krijgt u een gratis bril ter waarde van € 59,-. Contactlensabonnementen zijn inclusief onbeperkte controles en nazorg, gratis lenzenvloeistof en gratis thuisbezorging.

Voorwaarden

Bovenstaande kortingsregelingen gelden niet in combinatie met andere acties bij Specsavers. Kijk op de website van Specsavers voor alle acties en voorwaarden. U kunt hier ook in de winkel naar vragen. Voor glasopties gelden vaste toeslagen.

Brillen Eye Wish Groeneveld

Hieronder leest u welke vergoedingen en kortingsregelingen er per verzekerd lid van het gezin, per leeftijdscategorie gelden voor brillen bij Eye Wish Groeneveld. Kijk op eyewishgroeneveld.nl voor een Eye Wish Groeneveld vestiging bij u in de buurt.

Verzekerden tot 13 jaar

FBTO vergoedt 1 maal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin voor een bril. Eye Wish Groeneveld geeft bovendien € 80,- korting op het hele assortiment kinderbrillen met geharde en ontspiegelde glazen op sterkte. Hierbij krijgt u een gratis kinderbrilverzekering voor schade en verlies.

Verzekerden vanaf 13 jaar

FBTO vergoedt 1 maal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin voor een bril. Daarnaast kunt u gebruikmaken van deze kortingsregelingen:

- U krijgt € 60,- korting op een complete enkelvoudige bril met geharde en ontspiegelde glazen op sterkte.
- Kiest u voor een complete multifocale bril met geharde en ontspiegelde glazen op sterkte? Dan krijgt u € 120,- korting.
- Bij een tweede complete enkelvoudige bril met geharde en ontspiegelde glazen op sterkte voor dezelfde persoon krijgt u € 120,- korting.

- Bij een tweede complete multifocale bril met geharde en ontspiegelde glazen op sterkte voor dezelfde persoon krijgt u € 240,- korting.
- Koopt u een bril, dan ontvangt u 15% korting op een zonnebril op sterkte.

Lenzen Eye Wish Groeneveld

FBTO vergoedt eenmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin voor lenzen. Eye Wish Groeneveld geeft u of een verzekerde bovendien 15% korting op contactlenzen, contactlensvloeistoffen en contactlenshouders. Ook krijgt u gratis contactlenscontroles als u contactlenzen koopt.

Brillen bij het Collectief van Zelfstandige Opticiens

Hieronder leest u welke vergoedingen en kortingsregelingen er per verzekerd lid van het gezin gelden, voor brillen bij het Collectief van Zelfstandige Opticiens. Kijk op cvzo.nl voor een vestiging van het Collectief van Zelfstandige Opticiens bij u in de buurt.

Wij vergoeden 1 maal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. Uw Zelfstandige Opticien verhoogt deze vergoeding met 25%. Dit bedrag verrekent de opticien onmiddellijk als korting op uw factuur.

Bovendien profiteert u van de volgende voordelen:

- Bij aanschaf van een complete bril gratis oogmeting.
- Geeft de oogmeting daartoe aanleiding? Dan volgt een optometrisch basisonderzoek.
- Uw Zelfstandige Opticien verzorgt de declaratie bij uw zorgverzekeraar.
- Bij aankoop van een complete bril zijn de glazen gratis verzekerd. Of u kunt er ook voor kiezen om de hele bril inclusief glazen te verzekeren. U krijgt dan 15% korting op de verzekering.
- U ontvangt bij aflevering van uw bril een gratis reinigingsset.

Lenzen Collectief van Zelfstandige Opticiens

FBTO vergoedt 1 keer per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin voor lenzen. Uw Zelfstandige Opticien verhoogt deze vergoeding met 25%. Dit bedrag verrekent de opticien onmiddellijk als korting op uw factuur.

Bovendien profiteert u van de volgende voordelen:

- Bij aanschaf van contactlenzen jaarlijkse gratis oogmeting.
- Geeft de oogmeting daartoe aanleiding? Dan volgt een optometrisch basisonderzoek.
- Uw Zelfstandige Opticien verzorgt de declaratie bij uw zorgverzekeraar.
- U ontvangt bij de 1e aflevering van uw contactlenzen een gratis contactlensreissset.

Voorwaarden

Genoemde kortingsregelingen en aanbiedingen gelden niet in combinatie met andere acties bij uw Zelfstandige Opticien. Vergoeding brillen en lenzen bij een opticien of optiekbedrijf van uw keuze FBTO vergoedt 1 maal per 3 kalenderjaren € 50,- voor brillen of lenzen per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de oorspronkelijke aanschafnota van een bril of lenzen bij een opticien of optiekbedrijf van uw keuze naar ons sturen.

Lid 3 Oglaseren

U en eventuele verzekerden hebben recht op vergoeding van een ooglaserverhandeling uitgevoerd door VisionClinics (onderdeel van Bergman Clinics). Wij vergoeden per verzekerde maximaal eenmalig € 400,- tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

Wachttijd

Zet u de module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er nadat u de module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor de vergoeding van de kosten van ooglaserverhandeling, brillen en lenzen. Tijdens deze periode betaalt u wel premie, maar krijgt u en de medeverzekerde(n) de kosten van ooglaserverhandeling, brillen en lenzen dus niet vergoed.

Lid 4 Vergoeding eigen bijdrage gehoorapparaten

Voor gehoorapparaten ontvangt u een vergoeding uit de basisverzekering. Is het gehoorapparaat duurder dan de vergoeding die u ontvangt?

Dan vergoedt de module Gezichtsorg en Orthodontie maximaal € 200,- per kalenderjaar van het verschil tussen de aanschafprijs en de vergoeding. De vergoeding geldt voor 1 of 2 gehoorapparaten.

Meer hierover leest u in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl. Op verzoek sturen wij u het reglement per post.

Lid 5 Vergoeding eigen bijdrage pruiken

Voor pruiken ontvangt u een vergoeding uit de basisverzekering. Is de pruik duurder dan de vergoeding die u ontvangt?

Dan vergoedt de module Gezichtsorg en Orthodontie maximaal € 200,- per kalenderjaar van het verschil tussen de aanschafprijs en de vergoeding. De vergoeding geldt voor 1 pruik.

Meer hierover leest u in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl. Op verzoek sturen wij u het reglement per post.

Lid 6 Elektrische epilatie gezichtsbehandling

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie van gezichtsbehandling tot

maximaal € 500,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt. Deze behandeling wordt uitsluitend vergoed voor de vrouwelijke verzekerde.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf toestemming vragen aan FBTO. Dat geldt ook als een arts de behandeling voorschrijft. Wij kunnen aanvullende eisen stellen aan de persoon die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaatsvindt.

Lid 7 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten voor gebitsregulatie door een tandarts of een orthodontist tot € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar. Dit bedrag geldt voor een periode van 3 aaneengesloten jaren. Wij bieden dan de volgende vergoedingen aan:

- jaar 1: € 1.000,-;
- jaar 2: € 750,-;
- jaar 3: € 750,-.

Deze vergoedingen gaan niet per kalenderjaar: het eerste jaar begint te lopen vanaf de eerste behandeldatum.

Voor verzekerden tot 18 jaar die voor 1 januari 2011 zijn begonnen met een orthodontiebehandeling en deze nog niet hebben afgerond geldt: dat zij in aanmerking komen voor de maximale vergoeding van € 2.500,- onder aftrek van de reeds gedeclareerde bedragen onder de oude regeling (maximaal € 1.500,-).

Voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder bedraagt de vergoeding € 350,-.

De bedragen van in totaal € 2.500,- en € 350,- worden éénmalig per persoon uitgekeerd.

Lid 8 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard.

Maar alleen als de behandeling afwijkingen in het uiterlijk corrigeert die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:

- correctie van bovenoogleden;
- correctie van oorstand voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U krijgt voor deze behandelingen alleen een vergoeding, als wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De behandelend arts of specialist moet de aanvraag indienen en wij beoordelen deze.

Wachttijd

Sluit u de module Gezichtsorg en Orthodontie af? Dan geldt hierna een wachttijd van 24 maanden voor de vergoeding van de kosten van plastische chirurgie. Tijdens deze periode betaalt u wel premie, maar krijgt u de kosten van plastische chirurgie dus niet vergoed.

Lid 9 Camouflagetherapie

Wij vergoeden camouflagellessen en de materialen die nodig zijn voor deze lessen. Dit vergoeden wij tot maximaal € 100,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt. De lessen moeten gegeven worden door:

- een huidtherapeut die geregistreerd moet zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH). Zie hiervoor de website huidtherapie.nl.

of

- een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Camouflage.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten toestemming geven voor aanvang van de camouflagetherapie. Daarvoor hebben wij een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, of medisch specialist. Er moet sprake zijn van een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of de hals.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZINSPLANNING

H16 Productvoorwaarden module Gezinsplanning

ARTIKEL 14 *Welke rechten heeft u bij de module Gezinsplanning?*

Lid 1 **Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg**

Als de aanstaande moeder deze module heeft aangezet vergoeden wij maximaal € 200,- per bevalling als tegemoetkoming in de eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet.

Lid 2 **Kraamzorg bij adoptie of kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap**

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot 12 maanden. Ook vergoeden wij kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap. De vergoeding geldt voor maximaal 3 dagen, gedurende 3 uur per dag tot een maximum van € 300,- per (adoptie)kind. De basisverzekering vergoedt kraamzorg en verloskundige zorg voor de draagmoeder zelf.

Lid 3 **Invriezen sperma en onbevruichte eicel**

Wij vergoeden de kosten van het invriezen van sperma of een onbevruichte eicel tot € 750,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt. Het gaat hier om medische handelingen die niet onder de basisverzekering vallen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf toestemming vragen aan FBTO ook als een arts de behandeling voorschrijft. Wij kunnen aanvullende eisen stellen aan de persoon die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaatsvindt.

Lid 4 **Kraampakket**

Heeft u als aanstaande moeder de module Gezinsplanning aangezet? Dan ontvangt u van ons gratis een (medisch) kraampakket.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het kraampakket vóór de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO aanvragen en indienen. Dat kan via fbto.nl. Zoek hiervoor op 'Kraampakket aanvragen'.

Lid 5 **Couveusenazorg**

Heeft de moeder de module Gezinsplanning aangezet? Dan vergoeden wij in bepaalde gevallen de kosten van maximaal 15 uren uitgestelde kraamzorg.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Wij vergoeden kraamzorg binnen 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis, in de volgende situaties:
 - bij couveusekinderen;
 - na een vacuümverlossing;
 - na een keizersnede;
 - bij een meerling. Maar alleen als de baby's binnen 3 maanden na de bevalling thuishkomen.
- 2) In alle gevallen moet uw kraamcentrum vooraf toestemming aan ons vragen.

Lid 6 Lactatiekundig advies

Heeft de moeder de module Gezinsplanning aangezet? Dan vergoeden wij de kosten van lactatiekundig advies en/of een cursus borstvoeding tot € 100,- per bevalling.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of het certificaat International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) bezitten.
- 2) Kiest u voor lactatiekundig advies? Dan kunt u geen gebruik meer maken van het Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP). *Zie artikel 14 lid 13 Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP).*

Lid 7 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. Ook vergoeden wij de kosten van sterilisatie door een huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Voert een huisarts de sterilisatie uit? Dan vergoeden wij de kosten alleen, als de huisarts voldoet aan de voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden geen hersteloperaties om een sterilisatie op eigen verzoek ongedaan te maken (zie ook artikel 14.3 van de Algemene regels en uitsluitingen).

Wachttijd

Zet u de module Gezinsplanning niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er nadat u de module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor vergoeding van de kosten van sterilisatie. Tijdens deze periode betaalt u wel premie, maar krijgt u de kosten van sterilisatie dus niet vergoed.

Lid 8 Potentieverhogende middelen

Per mannelijke verzekerde van 21 jaar of ouder vergoeden wij maximaal € 150,- per kalenderjaar aan potentieverhogende middelen.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Een arts moet de middelen voorschrijven.
- 2) De arts moet verklaren dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke stoornis.
- 3) De middelen moeten worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.

Lid 9 Prenatale screening Downsyndroom

FBTO vergoedt de kosten van een prenatale screening Downsyndroom tot maximaal € 100,- per zwangerschap.

Inhoud zorg

De zwangere vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar heeft, zonder dat hiertoe een medische noodzaak bestaat, recht op een combinatietest bestaande uit een nekplooiemeting (NT-meting; bij 11-14 weken zwangerschap) en een kansbepalende bloedtest (bij 9-14 weken zwangerschap).

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, verloskundige of gynaecoloog die:

- een vergunning heeft in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) of;
- een samenwerkingsovereenkomst heeft met een regionaal centrum voor prenatale screening dat een Wbo-vergunning heeft;
- staat geregistreerd in een door de Koninklijke Organisatie van Verloskundigen en de Landelijke Huisartsen Vereniging (KNOV/LHV) opgesteld register van beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.

Lid 10 Anticonceptie

Vrouwelijke verzekerden tot 21 jaar

De basisverzekering vergoedt anticonceptiemiddelen voor vrouwelijke verzekerden tot 21 jaar. Betaalt u hiervoor een eigen bijdrage? Dan vergoeden wij deze. Het gaat onder meer om de pil, pessaria en spiralen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen anticonceptiemiddelen die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

Vergoeding Spiraal

De spiraal kunt u op recept van een huisarts ophalen bij een door ons gecontracteerde apotheek. Deze kosten vergoeden wij vanuit de aanvullende module Gezinsplanning.

[Huisarts](#)

Vervolgens zet uw huisarts de spiraal. Deze kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering.

[Ziekenhuis](#)

Als u de spiraal laat zetten bij een gynaecoloog, moet hier een medische reden voor zijn. De kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering. In dat geval betaalt u ook eigen risico.

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder krijgen de kosten van anticonceptiemiddelen volledig vergoed. Het gaat onder meer om de pil, pessaria en spiralen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen anticonceptiemiddelen die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen. Ook vergoeden wij anticonceptiva, als u nog geen vergoeding heeft ontvangen voor een Lady-Comp of een Pearly.

Vergoeding Spiraal

De spiraal kunt u op recept van een huisarts ophalen bij een door ons gecontracteerde apotheek. Deze kosten vergoeden wij vanuit de aanvullende module Gezinsplanning.

[Huisarts](#)

Vervolgens zet uw huisarts de spiraal. Deze kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering.

[Ziekenhuis](#)

Als u de spiraal laat zetten bij een gynaecoloog, moet hier een medische reden voor zijn. De kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering. In dat geval betaalt u ook eigen risico.

Lady-Comp of Pearly

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder kunnen in plaats van een vergoeding voor anticonceptiemiddelen kiezen voor een Lady-Comp of een Pearly. Hiervoor vergoeden wij eenmalig € 250,- gedurende de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt. Meer informatie over de Lady-Comp en de Pearly vindt u op ladycomp.nl.

Lid 11 EHBO-cursus

Per verzekerde vergoeden wij tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt eenmalig de kosten van 1 van de volgende EHBO-cursussen:

- EHBO bij Kinderen: maximaal € 75,-;
- EHBO voor Gastouders: maximaal € 75,-.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen cursussen van ledereenEHBO. Meer informatie vindt u op ledereenehbo.nl.

Lid 12 Plaswekker

Wilt u een plaswekker huren of kopen? Raadpleeg dan onze Zorgzoeker op fbto.nl. Wij verwijzen u vervolgens naar een leverancier waarmee wij een contract hebben. De maximale vergoeding is € 100,- per persoon tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

Lid 13 Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP)

Het Borstvoeding Begeleiding Pakket bestaat uit persoonlijke lactatiekundige begeleiding van de zwangere vrouw, de pas bevallen vrouw, partner en pasgeborene. De waarde van het BBP is € 500,-. U ontvangt van ons een vergoeding van maximaal € 450,- per zwangerschap en u betaalt een eigen bijdrage van € 50,-. De module Gezinsplanning moet u aan hebben staan voor de hele periode dat u begeleiding nodig heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) U kunt deze zorg afnemen bij zorgverleners die zijn aangesloten bij Makibo. Makibo werkt uitsluitend met IBCLC-gecertificeerde lactatiekundigen. Voor meer informatie of inschrijving ga naar Makibo.nl.
- 2) Kiest u voor dit pakket? Dan kunt u geen gebruik meer maken van de vergoeding voor lactatiekundig advies uit deze module. Zie artikel 14 lid 6 Lactatiekundig advies.

Wat wij niet vergoeden

Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE THERAPIEËN

H17 Productvoorwaarden module Therapieën

ARTIKEL 15 *Welke rechten heeft u bij de module Therapieën?*

Lid 1 **Paramedische zorg**

Wachttijd

Zet u de module Therapieën niet gelijktijdig met de basisverzekering aan?

Dan geldt er nadat u de module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor vergoeding van de kosten van paramedische behandelingen. De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding bijvoorbeeld van € 500,- naar € 1.000,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden voor vergoeding van de kosten van paramedische behandelingen.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Therapieën, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor paramedische behandelingen vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waar u nog recht op heeft.

Bent u 18 jaar geworden en zet u de module Therapieën gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan vervalt de wachttijd voor deze module.

Welke paramedische zorg wij vergoeden

U krijgt de volgende paramedische zorg vergoed:

- (kinder)fysiotherapie;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- bekken therapie;
- manueel therapie;
- oedeemtherapie.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden paramedische zorg alleen, als:

- 1) de behandeling medisch noodzakelijk is. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, specialist of bedrijfsarts;
- 2) de behandelend fysiotherapeut BIG-geregistreerd is. Dit kunt u controleren op bigregister.nl. Een oefentherapeut Cesar/ Mensendieck kan geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manuele therapie vergoeden wij via de module Therapieën als:

- a) de fysiotherapeut een specialisatie/bevoegdheid heeft voor manueel therapie en BIG geregistreerd is.
- b) de fysiotherapeut de opleiding tot manueel therapeut bij de Vereniging van Manueel Therapeuten of Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (VMT of NVMT) heeft gevolgd en BIG geregistreerd is.

U kunt op bigregister.nl controleren of de fysiotherapeut BIG geregistreerd is.

Manuele therapie wordt vergoed uit de module Alternatieve Geneeswijzen als:

- de fysiotherapeut de opleiding tot manueel therapeut bij de beroepsvereniging VMT heeft gevolgd en niet BIG geregistreerd is.

Oedeemtherapie vergoeden wij als:

- a) de fysiotherapeut een specialisatie/bevoegdheid heeft voor oedeemtherapie;
- b) de huidtherapeut is aangesloten bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NvH).

Voor alle vormen van fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck vergoeden wij één behandeling per dag.

Welke vergoedingen wij bieden

Op welke vergoedingen u recht heeft, hangt af van uw keuze:

- Keuze Standaard: de vergoeding is maximaal € 350,- voor fysiotherapie en paramedische zorg. Er gelden maximale tarieven per behandeling.
- Keuze Extra: de vergoeding is maximaal € 500,- voor fysiotherapie en paramedische zorg. Er gelden maximale tarieven per behandeling.
- Keuze Top: de vergoeding is maximaal € 1.000,- voor fysiotherapie en paramedische zorg. Er gelden maximale tarieven per behandeling.

De vergoeding is per verzekerde per kalenderjaar.

Geven wij u een vergoeding voor fysiotherapie of oefentherapie? Dan telt deze mee voor het maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis dat u heeft gekozen.

Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie of behandeling bij u thuis ontvangt u een hogere vergoeding. Deze vergoeding telt ook mee voor het maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis dat u heeft gekozen.

Volgt u fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck in groepsverband? Dan ontvangt u een vergoeding die afhankelijk is van de grootte van de groep.

Onder groepstherapie verstaan wij niet: medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's. Hiervoor krijgt u geen vergoeding.

De vergoeding voor hydrotherapie bedraagt € 5,- per verzekerde per behandeling. Hydrotherapie komt alleen voor vergoeding in aanmerking, als het wordt gegeven onder begeleiding van een BIG-geregistreeerde fysiotherapeut of een oefentherapeut die geregistreerd is in het Kwaliteitsregister Paramedici. Per week vergoeden wij maximaal 1 behandeling. Deze vergoedingen zijn onderdeel van het maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis dat u heeft gekozen.

Ontvangt u fysiotherapie in het buitenland? Wij hebben geen contracten afgesloten met fysiotherapeuten in het buitenland. Wij vergoeden daarom maximaal het ongecontracteerde behandel tarief volgens de tarievenlijst Paramedische Zorg. U vindt de tarievenlijst op fbto.nl.

Lid 2 Vergoeding eigen bijdrage ADHD medicijnen en vergoeding melatonine

FBTO vergoedt de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht in het kader van het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor de ADHD-medicijnen. Bovendien vergoedt FBTO melatonine.

Voorwaarde is dat de ADHD medicijnen en melatonine worden voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.

Afhankelijk van uw keuze heeft u per verzekerde per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten:

- Keuze Standaard: kent geen vergoeding voor ADHD-medicijnen en melatonine.
- Keuze Extra: kent geen vergoeding voor ADHD-medicijnen en melatonine.
- Keuze Top: de vergoeding voor ADHD medicatie en melatonine samen voor verzekerden tot 18 jaar is maximaal € 250,- per kalenderjaar en voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder is de vergoeding maximaal € 125,- per kalenderjaar.

Lid 3 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het revalidatieprogramma Herstel & Balans voor ex-kankerpatiënten. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Een huisarts of medisch specialist moet u hebben doorverwezen.
- 2) Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 3) Een instelling onder licentie van de Stichting Herstel & Balans moet het revalidatieprogramma verzorgen.

Lid 4 Pedicurezorg

Wij vergoeden pedicurezorg aan verzekerden die lijden aan diabetes, reuma, multiple sclerose, een dwarslaesie of amyotrofische laterale sclerose (ALS). Hieronder leest u welke voorwaarden en vergoedingen hiervoor gelden.

(Medisch) Pedicure

Wij vergoeden maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Een (medisch) pedicure moet de behandeling uitvoeren.
- 2) De pedicure moet de kwalificatie hebben van het certificaat 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) en geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures van ProCert.
- 3) De medisch pedicure moet zijn opgenomen als 'medisch pedicure' in het Kwaliteits Register voor Pedicures van ProCert.
- 4) Wij moeten vóór de behandeling eenmalig een verwijzing hebben ontvangen van de huisarts.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en -behandeling van diabetische voeten met classificatie Simm's 1 en hoger. Deze behandeling valt onder de basisverzekering.

Lid 5 Voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van niet-medische voedingsvoorlichting tot € 100,- per persoon per kalenderjaar. U heeft hiervoor geen verwijzing nodig.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Een diëtist of een BGN-geregistreerd gewichtsconsulent moet de voedingsvoorlichting geven.
- 2) Wij maken de vergoeding over aan de verzekerde, dus niet aan de diëtist of gewichtsconsulent.

Lid 6 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie tot maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen de Del Ferromethode en de Hausdörfermethode.

Lid 7 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen

Wij vergoeden de kosten van een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 18 jaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vóór deelname toestemming vragen aan FBTO.

Lid 8 Zittend ziekenvervoer

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer. Dit betekent dat u een volledige vergoeding krijgt voor de kosten van gecontracteerd taxivervoer en openbaar vervoer (trein 2e klasse, bus, tram, metro en veerboot).

Kiest u voor niet-gecontracteerd taxivervoer? Dan ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn: (071) 365 41 54. Gebruikt u de eigen auto voor zittend ziekenvervoer? Dan vergoeden wij € 0,31 per kilometer. Wij gaan daarbij uit van de kortste route. Wij stellen deze route vast. Parkeerkosten worden niet vergoed.

Voorwaarden voor vergoeding van medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) U moet vooraf toestemming vragen aan De Vervoerslijn van FBTO. Dat kan op werkdagen van 8.00 uur tot 18.00 uur via telefoonnummer (071) 365 41 54. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak maakt.
- 2) U krijgt het vervoer niet vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet.
- 3) Het vervoer houdt verband met een medische behandeling of een opname die de Zorgverzekeringswet of de AWBZ vergoed.

Komt er ook een gedeelte voor mijn eigen rekening?

U heeft voor zittend ziekenvervoer een eigen bijdrage van € 96,- per kalenderjaar. Dit bedrag betaalt u zelf. De kosten boven dit bedrag vergoeden wij. Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, vergoeden wij niet.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULETAND

H18 Productvoorwaarden module Tand

ARTIKEL 16 *Welke rechten heeft u bij de module Tand?*

Voor de kosten van tandheelkundige hulp kunt u kiezen uit 3 verschillende vergoedingsbedragen. Op welke vergoeding u recht heeft, hangt af van uw keuze:

- keuze 1: maximaal € 250,-;
- keuze 2: maximaal € 500,-;
- keuze 3: maximaal € 750,-.

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist, parodontoloog of tandprotheticus.

Wat wij niet vergoeden

Een tandtechniker is geen erkende zorgverlener. Nota's van een tandtechnisch laboratorium vergoeden wij daarom niet.

Ook de kosten van de volgende behandelingen vergoeden wij niet:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- afspraken die u niet nakomt (C90);
- het uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98);
- orthodontie;
- de kosten voor een mandibulair repositieapparaat (MRA, een zogenoemde snurkbeugel) en voor de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- abonnementen (Z-codes).

Lid 1 Welke kosten wij vergoeden

Elk verzekerd gezinslid heeft recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp volgens het Uniform Particulier Tarief (UPT) dat de overheid, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), vaststelt. Ook de kosten van parodontologie en de mondhygiënist komen voor vergoeding in aanmerking.

Lid 2 Wachttijd

Zet u de module Tand niet gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan geldt er nadat u deze module heeft aangezet, een wachttijd van 6 maanden voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp. De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding voor de module Tand bijvoorbeeld van € 500,- naar € 750,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden. De wachttijd gaat in op de datum waarop u de module aanzet.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Tand, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor tandheelkundige hulp vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waar u nog recht op heeft.

Bent u 18 jaar geworden en zet u de module Tand gelijktijdig met de basisverzekering aan? Dan vervalt de wachttijd voor deze module.

- Lid 3 Vergoeding van de eigen bijdrage voor een tandheelkundige prothese**
De basisverzekering rekent een eigen bijdrage voor een tandheelkundige prothese. Deze module vergoedt deze eigen bijdrage. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.
- Lid 4 Orthodontie valt niet onder deze module**
De kosten van orthodontie vallen niet onder de module Tand. De module Gezichts zorg en Orthodontie vergoedt deze kosten.
- Lid 5 Vergoeding van de kosten van kaakchirurgie**
Wij vergoeden de kosten voor een ongecompliceerde extractie door een kaakchirurg. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE EXTRA ZORG

H19 Productvoorwaarden module Extra zorg

ARTIKEL 17 *Welke rechten heeft u bij de module Extra zorg?*

Lid 1 **Vergoeding van de kosten van gezinszorg**

Krijgt een van de volwassenen in het gezin te maken met een ziekenhuis-opname of een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking? Dan heeft u recht op een vergoeding van € 75,- per dag voor de kosten van gezinszorg. Wij vergoeden maximaal € 750,- per kalenderjaar per volwassen verzekerde. Deze vergoeding krijgt u ook, als u alleen op de polis verzekerd bent. Dan gelden dezelfde voorwaarden.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1 De verzekerde moet behandeld worden door een (para)medicus.
- 2 U moet de vergoeding uitsluitend gebruiken om tijdelijk professionele hulp in de huishouding in te huren.
- 3 De zorgverlener of gezinshulp moet zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel.
- 4 Wij vergoeden alleen de volgende diensten:
 - oppascentrale;
 - hondenuitlaatservice;
 - thuiszorg;
 - witte werkster;
 - bezorgkosten van de boodschappenservice, bijvoorbeeld voor boodschappen die u via internet bestelt;
 - tussenschoolse opvang van de kinderen.

Lid 2 **Vergoeding van overnachtings- en vervoerskosten en vergoeding van meerkosten bij gecontracteerde zorg in het buitenland**

Wordt u vanuit Nederland opgenomen in een buitenlandse zorginstelling voor zorg die deze instelling volgens een contract met ons aan u verleent? Dan vergoeden wij overnachtingskosten, vervoerskosten en meerkosten voor de buitenlandse zorg. Hieronder leest u meer over de vergoedingen en voorwaarden.

Overnachtingskosten

Wij vergoeden voor uw verzekerde gezinsleden de overnachtingskosten in een gasthuis of hotel in de buurt van het buitenlandse ziekenhuis. Wij vergoeden maximaal € 75,- per overnachting met een maximum van 10 overnachtingen per kalenderjaar. Deze vergoeding geldt voor alle bij FBTO verzekerde gezinsleden samen.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) U moet van tevoren contact met ons opnemen.
- 2) U moet ons een specificatie van de gemaakte kosten sturen.

Vervoerskosten

Voor vervoer van de patiënt van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,31 per kilometer. Wij gaan daarbij uit van de kortste route. Wij stellen deze route vast. Wij vergoeden maximaal € 300,- per kalenderjaar.

Meerkosten gecontracteerde buitenlandse zorg

Is de behandeling in het buitenland duurder dan het Nederlandse tarief?

Dan vergoeden wij maximaal 125% van het Nederlandse marktconforme tarief.

Lid 3 Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis

Wij vergoeden voor maximaal € 750,- per verzekerde palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis. Dit doen we eenmalig tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt.

Wat wij niet vergoeden

Verblijf in een gezondheidsinstelling vergoeden wij niet, zoals een verpleeghuis of een bejaardenoord of verzorgingshuis.

Lid 4 Vervangende mantelzorg

Zijn de vaste verzorgers van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte ziek of op vakantie? Dan vergoeden wij vervangende mantelzorg via de stichting Handen-in-Huis. U ontvangt een vergoeding tot maximaal € 140,- per dag voor maximaal 21 dagen per kalenderjaar. Meer informatie vindt u op handeninhuis.nl.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf toestemming vragen aan ons.

Lid 5 Sportarts en sportmasseur

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek, sportmedische keuringen, blessureconsults, vervolgbehandelingen en sportmassage tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De voorwaarde voor vergoeding is dat een sportarts de behandeling, het sportmedisch onderzoek, de sportmedische keuring, het blessureconsult en de vervolgbehandelingen uitvoert. Deze sportarts moet werken bij een Sportmedisch adviescentrum (SMA), een Sportmedisch centrum (SMC) of een Sportgeneeskundig adviescentrum (SGA). Het SMA, SMC of SGA moet lid zijn van de Federatie van Sportmedische Instellingen. Zie sportgeneeskunde.com.

Gaat het om sportmassage? Dan vergoeden wij die als een sportmasseur de massage geeft. De sportmasseur moet een licentie hebben van het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS) of de Nederlandse Examenstichting Sportverzorging en Massage (NESM).

Lid 6 Beeldhorloge

U of de verzekerde heeft vanaf de leeftijd van 8 jaar recht op een vergoeding voor een beeldhorloge: een horloge dat werkt met afbeeldingen. Het is bedoeld voor mensen die moeite hebben met klokkijken en die hulp nodig hebben om zich te oriënteren in de tijd. Bij het beeldhorloge hoort een website om de activiteiten met bijbehorende afbeeldingen te plannen. Hiervoor sluit u dan een abonnement af. Meer informatie vindt u op www.beeldhorloge.nl.

Welke kosten wij vergoeden

Wij vergoeden per verzekerde eenmalig € 150,- tijdens de gehele looptijd dat deze aanvullende module geldt. Deze vergoeding is voor het beeldhorloge zelf.

Wat wij niet vergoeden

Verblijft de verzekerde in een AWBZ-instelling? Dan vergoeden wij de kosten van een beeldhorloge niet. Abonnementskosten vergoeden wij niet.

Beeldhorloge bestellen

U kunt het Beeldhorloge bestellen via het bestelformulier op www.beeldhorloge.nl. Als verzekerde van FBTO krijgt u het horloge dan de eerste 2 maanden gratis op proef. U kunt dan proberen of het aan uw verwachtingen en behoefte voldoet. U betaalt in deze periode alleen de abonnementskosten.

Lid 7 Achmea Health Fittest

Wij vergoeden de kosten van de Achmea Health Fittest tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. De Achmea Health Fittest bestaat uit:

- een fittest met training- en lifestyleadvies (bewegen en voeding);
- 6 weken sporten bij een Achmea Health Center;
- 2 uur individuele begeleiding door een personal trainer;
- eindevaluatie en toekomstig advies

Voorwaarde voor vergoeding

Kiest u voor dit pakket? Dan kunt u geen gebruik meer maken van de andere pakketten bij de Achmea Health Centers die wij aanbieden in lid 8 van deze module.

Lid 8 Achmea Health Centers

Wij geven een bijdrage van maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar voor diverse pakketten bij de Achmea Health Centers.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) U ontvangt de bijdrage alleen, als u nog geen abonnement heeft bij Achmea Health Centers.
- 2) Kiest u voor dit pakket? Dan krijgt u geen vergoeding van de Achmea Health Fittest die wij aanbieden in lid 7 van deze module.

Lid 9 Klassieke orthopedische steunzolen

Wij vergoeden de kosten van klassieke orthopedische steunzolen tot € 75,- per verzekerde per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen steunzolen van een steunzolenleverancier die voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen (NVOS-Orthobanda, Stichting Loop of het Omni Podo Genootschap). Is uw leverancier SEMH-gecertificeerd voor orthopedische schoenen? Dan voldoet hij ook aan de kwaliteitseisen.

Wat wij niet vergoeden

Reparaties aan en aanpassingen van steunzolen vergoeden wij niet.

Lid 10 Podotherapie

Wij vergoeden de kosten van podotherapie tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. Het gaat om de gezamenlijke kosten van:

- podotherapeutische en podologische zolen;
- bezoeken aan de zorgverlener om podotherapeutische of podologische zolen te laten aanmeten;
- podotherapeutische en instrumentele behandelingen;
- materiaal voor podotherapeutische en podologische zolen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden deze kosten alleen, als de zorgverlener is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten, of als registerpodoloog is aangesloten bij Stichting LOOP.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en -behandeling van diabetische voeten met classificatie Simm's 1 en hoger. Deze behandeling valt onder de basisverzekering.

PRODUCTVOORWAARDEN
LOSSE AANVULLENDE MODULES

H20 Productvoorwaarden losse aanvullende modules

U kunt de modules die in deze voorwaarden staan, ook afsluiten zonder dat u de verplichte basisverzekering van FBTO heeft. Daarvoor gelden dan wel enkele afwijkende voorwaarden. Ook het bedrag dat u moet betalen is anders. Daarover leest u in dit hoofdstuk.

- Voor alle aanvullende modules geldt een wachttijd van 6 maanden. Alleen voor de module Gezichtsorg en Orthodontie is deze wachttijd langer: 24 maanden. Tijdens die wachttijd betaalt u premie, maar krijgt u nog geen vergoeding voor plastische chirurgie.
- U kunt de aanvullende modules niet per maand opzeggen. De looptijd van de modules is vanaf de ingangsdatum tot 1 januari van het nieuwe kalenderjaar.
- Naast de premie betaalt u ook administratiekosten. Dit jaar is dat € 25,- per module per jaar. U betaalt deze administratiekosten in gelijke maandelijkse termijnen, tegelijk met de maandpremie.
- U kunt gedurende het kalenderjaar geen hogere of lagere maximale vergoeding kiezen. Dat kunt u alleen doen met ingang van 1 januari van het nieuwe kalenderjaar.

BIJLAGE
CLAUSULEBLAD TERRORISME

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor
Terrorismeschaden N.V. (NHT)

ARTIKEL 1 *Begripsomschrijvingen*

In dit Clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

Lid 1 **Terrorisme:**

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Lid 2 **Kwaadwillige besmetting:**

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/ of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Lid 3 **Preventieve maatregelen:**

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

Lid 4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

Lid 5 Verzekeringsovereenkomsten:

- a) Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder 'staat waar het risico is gelegen' van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- b) Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c) Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

Lid 6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura- uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

ARTIKEL 2 *Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico*

Lid 1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

Lid 2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervóór genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in 3 landelijk verschijnende dagbladen.

Lid 3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

ARTIKEL 3 *Uitkeringsprotocol NHT*

Lid 1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

Lid 2 De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt.

Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

Lid 3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

Lid 4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Dit Clausuleblad is gedeponereerd op 10 januari 2007 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 3/2007 en op 10 januari 2007 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam.

BIJLAGE

DEFINITIES VAN MOLESTBEGRIPPEN

Definities van molestbegrippen

1. Gewapend conflict

Onder gewapend conflict wordt verstaan elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of althans de een de ander, gebruikmakend van militaire machtsmiddelen bestrijden. Onder gewapend conflict wordt mede verstaan het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties.

2. Burgeroorlog

Onder burgeroorlog wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is.

3. Opstand

Onder opstand wordt verstaan georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.

4. Binnenlandse onlusten

Onder binnenlandse onlusten worden verstaan min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat.

5. Oproer

Onder oproer wordt verstaan een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging, gericht tegen het openbaar gezag.

6. Mouterij

Onder mouterij wordt verstaan een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

7. Rellen, relletjes of opstootjes

Onder rellen, relletjes of opstootjes worden verstaan incidentele geweldmanifestaties.

BIJLAGE
CLAUSULEBLAD ONGEVALLLEN

Clausuleblad ongevallen

Er is geen recht op een uitkering als:

- het ongeval is ontstaan door een ziekelijke toestand of door lichamelijke ofgeestelijke afwijkingen;
- het ongeval is ontstaan door psychische aandoeningen;
- het ongeval is veroorzaakt door opzet of roekeloosheid;
- het ongeval is ontstaan bij het plegen van een misdrijf of een poging daartoe;
- u of de verzekerden alcohol hebben gebruikt en het bloedalcoholpromillage of ademalcoholgehalte meer bedraagt dan wettelijk is toegestaan;
- u of de verzekerden weigeren mee te werken aan een bloedonderzoek ter vaststelling van het bloedalcoholpromillage of het ademalcoholgehalte;
- u of de verzekerden onder invloed verkeerden van bedwelmende middelen, opwekkende middelen of geneesmiddelen;
- het ongeval is ontstaan tijdens het deelnemen aan:
 - snelheidswedstrijden of -ritten;
 - regelmatigheids- of behendigheidswedstrijden;
 - slipcursussen.

Deze uitsluiting geldt ook voor niet-officiële wedstrijden en ritten;

- het ongeval is ontstaan tijdens bergtochten. Als de bergtocht voert langs wegen of terreinen die ook voor ongeoeffende wandelaars geschikt zijn, geldt de uitsluiting niet. U of de verzekerden tonen aan dat er sprake is van een tocht voor ongeoeffende wandelaars;
- het ongeval is veroorzaakt tijdens sportbeoefening waarvoor u of verzekerden een vergoeding ontvangen;
- het ongeval is ontstaan tijdens het rijden met een motorrijtuig op terreinen, circuits en gebieden die niet bedoeld zijn voor het dagelijks verkeer, zoals oefenterreinen voor fourwheel driven auto's, oefenterreinen van auto- en motorcrossverenigingen, zandverstuivingen, heidevelden, beken en dergelijke;
- het ongeval is veroorzaakt bij het beoefenen van gevaarlijke sporten of het deelnemen aan gevaarlijke vrijetijdsbesteding, zoals vechtsporten, wildwatervaren, rugby, parachutespringen, bungy jumping, ijshockey, ijszeilen, bobsleeën, ski-alpinisme, skispringen, skating enzovoort;
- het ongeval verband houdt met het gebruik van een vliegtuig, behalve als passagier;
- het ongeval verband houdt met een vechtpartij, behalve als aangetoond kan worden dat er sprake is van zelfverdediging. U heeft geen recht op een uitkering als Hoofdstuk 4 Algemene regels en uitsluitingen, artikel 11 of 13 van de Zorgverzekering van toepassing is.

Notities

Meer weten?

U kunt op verschillende manieren extra informatie aanvragen of uw vraag stellen.

Internet **fbto.nl**

E-mail **info@fbto.nl**

Telefoon **(058) 234 56 78**

De verzekeringsvoorwaarden geven de rechten en verplichtingen weer. Als u niet tevreden bent over de polis, heeft u de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst zonder opgaaf van redenen binnen veertien dagen na ingangsdatum te beëindigen.

Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

FBTO is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V., Kv.K. 30208631 en van Achmea Zorgverzekeringen N.V., Kv.K. 28080300, geregistreerd bij de AFM.