

FBTO INTERNET ZORGVERZEKERING VOORWAARDEN AANVULLENDE MODULES



Ik kan snel vinden wat ik zoek.



CONTACT

P.3



HOE TE HANDELEN

P.4

ALGEMENE VOORWAARDEN

P.9

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

P.23

Module Alternatieve geneeswijzen

P.31

Module Buitenland

P.35

Module Calamiteiten

P.38

Module Cosmetisch en Hulpmiddelen

P.40

Module Gezinsplanning

P.43

Module Therapieën

P.46

Module Tandheelkundige hulp volwassenen

P.51



CONTACT

Telefoon:

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

Speciale telefoonnummers:

De FBTO Telefoondokter® is elke maandag bereikbaar tussen 19.00 en 21.00 uur:

(058) 234 56 46

FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50

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

Fax:

vragen met betrekking tot offerte:

(058) 234 55 54

vragen over polis en/of premienota:

(058) 234 53 64

vragen met betrekking tot vergoedingen:

(058) 234 51 84

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.

Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw verzekeringen kunt u via Mijn FBTO doen.

Schriftelijk:

FBTO

Postbus 318

8901 BC Leeuwarden

(Informatie over het indienen van nota's kunt u terugvinden onder het hoofdstuk 'Hoe te handelen')

E-mail:

Vragen met betrekking tot offertes:

verkoop.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot de polis of de premienota en het doorgeven van wijzigingen:

administratie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:

uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot

vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist of zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's:

zorg.machtigingen@fbto.nl

Vragen met betrekking tot acceptatie:

acceptatie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot GGZ:

ggz.fbto@achmea.nl

Vragen met betrekking tot zorgverleners:

info.zorgverleners@fbto.nl

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



HOE TE HANDELEN

Inzenden van nota's

Algemeen

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

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

(Online) Declareren

Met uw FBTO Internet Zorgverzekering kunt u gebruik maken van onze unieke declaratieservice. Doorloop hiervoor de volgende stappen: Ga naar MijnFBTO en log in met uw gegevens.

Stap 1. U scant de nota die u wilt declareren en slaat deze op.

Stap 2. Vervolgens kunt u de nota van uw zorgverlener uploaden. (via optie "bladeren")

Let op: u moet pop-ups via de pop-up beveiliging in uw browser tijdelijk uitschakelen om deze handeling uit te kunnen voeren.

Stap 3. Na het uploaden kunt u aangeven aan wie FBTO de nota moet betalen, aan u of aan de zorgverlener.

Stap 4. Vervolgens verstuurt u de nota aan FBTO. U krijgt een direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt een imagenummer waaronder FBTO de nota registreert.

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

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

Wanneer u niet in de mogelijkheid bent uw ziektekostennota's in te scannen dan kunt u uw nota's schriftelijk toesturen aan FBTO. Hiervoor moet u de volgende stappen volgen:

Stap 1. Noteer het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2. Geef aan dat u deze nota "betaald" of "niet betaald" heeft.

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

FBTO

T.a.v. afdeling Ziektekostendeclaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

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

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- worden aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Wanneer u gebruik maakt van deze zorgverleners dan worden de nota's rechtstreeks door ons betaald.

Wanneer u (een) buitenlandse nota(s) bij ons wilt declareren verzoeken wij u vriendelijk bij het indienen van de nota, naast het vermelden van het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft, de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke verzekerde op de polis betreft het?
- In welk land heeft de behandeling plaatsgevonden?
- Waarom heeft de behandeling plaatsgevonden?
- Is er ook een reisverzekering afgesloten en zo ja bij welke maatschappij en onder welk polis nummer?

Beantwoording van bovenstaande vragen bespoedigt de afwikkeling van uw nota's.

In sommige gevallen bieden de antwoorden op bovenstaande vragen onvoldoende informatie om uw nota direct te kunnen vergoeden. Als deze situatie zich voordoet ontvangt u een uitgebreid vragenformulier. Aan de hand van uw antwoorden zullen wij uw declaratie dan verder afhandelen.

Eigen risico (Verplicht)

Het verplicht eigen risico is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van 18 jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw verplicht eigen risico van maximaal € 155,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige hulp, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 22 jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico.

Eigen risico (Vrijwillig)

Naast het verplicht eigen risico kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 0,- tot € 500,- in stappen van € 100,-. Hoe hoger uw eigen risico, hoe hoger uw korting op de premie voor de basisverzekering. Uw vrijwillig eigen risico wordt pas aangesproken als uw verplicht eigen risico (van € 155,- per persoon per jaar) is overschreden. De kosten van huisarts, verloskundige hulp, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 22 jaar vallen niet onder het door u gekozen vrijwillig eigen risico (zie hiervoor artikel 9 van de Voorwaarden Ziektekosten).

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

Hoe te handelen bij:

Medische kosten in het buitenland

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

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

In overige gevallen verzoeken wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten en de nota bij terugkomst in Nederland bij ons te declareren (zie ook onder "inzenden van nota's").

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

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

De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Behandelingen met toestemming vooraf

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

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- orgaantransplantaties;
- bijzondere tandheelkunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- behandelingen in het buitenland.

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden. Wij raden u aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

Behandelplan (module Therapieën art. 16.2)

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

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

Services

Apotheekservice

Op vertoon van uw FBTO zorgpas declareert de apotheker de kosten rechtstreeks bij FBTO.

Second opinion

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een second opinion consult door een (tand)arts.

Een second opinion is een tweede mening op basis van het beschikbare medisch dossier van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Deze vergoeding heeft uitsluitend betrekking op de second opinion en niet op de eventuele vervolgbehandeling.

Telefoondokter®

Elke maandag (met uitzondering van feestdagen) tussen 19.00 en 21.00 uur houdt de FBTO-Telefoondokter® spreekuur. Als relatie van ons is uw consult geheel gratis!

Zorg wel dat u uw Burgerservicenummer bij de hand heeft. Het rechtstreekse telefoonnummer van de FBTO-Telefoondokter® is: (058) 234 56 46.

Vakantiedokter

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

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

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

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

Zorgpas/Inkoopvoordelen

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

- Specsavers;
- Motifactor;
- Swim safe float suit.

Wijzigen van modules

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 7 modules. U kunt deze modules maandelijks bijsluiten. Opzeggen kan natuurlijk ook. De module vervalt na opzegging per de eerste van de volgende kalendermaand. Wanneer u de module Therapieën of Tandheeskundige hulp niet gelijktijdig met de Internet Zorgverzekering (Basisverzekering) afsluit, is er voor een aantal behandelingen sprake van een wachttijd van zes maanden. Deze wachttijd geldt ook voor de uitbreiding wanneer u in de genoemde modules een hogere dekking afsluit. Voor de module Cosmetisch en Hulpmiddelen geldt een wachttijd van 24 maanden. Voor het doorgeven van wijzigingen kunt u terecht op fbto.nl.

ALGEMENE VOORWAARDEN



H1 ALGEMENE DEFINITIES EN BASISAFSPRAKEN

P.10

- 1 Onze algemene definities
- 2 Onze basisafspraken



H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN

P.12

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



H3 VERHUIZEN

P.14

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



H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITINGEN

P.15

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

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



H5 PREMIE

P.18

- 15 Betaling van uw premie



H6 VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

P.19

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



H7 ANDERE VERZEKERINGEN

P.21

- 19 Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?



H8 KLACHTEN

P.22

- 20 Hoe handelt u bij klachten?



H1 ALGEMENE DEFINITIES EN BASISAFSPRAKEN

Artikel 1 – Onze algemene definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

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

Artikel 2 – Onze basisafspraken

2.1 Wij baseren deze overeenkomst met u op:

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

2.2 De module(s) van de Productvoorwaarden beschrijven de verzekeringsdekking, die u gekozen hebt. De elektronische polis vermeldt welke module(s) van toepassing zijn op deze overeen-

komst. De Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering zijn ondergeschikt aan de Productvoorwaarden.

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



H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN

2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 6.1 U kunt de overeenkomst per mail opzeggen binnen 14 dagen na ontvangst van de mail waarin de verzekering is bevestigd. De zorgverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel gedeclareerde schadekosten terugbetaalt.
- 6.2 U kunt de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien u de overeenkomst niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 6.3 U kunt de overeenkomst opzeggen – binnen een termijn van uiterlijk twee maanden - als FBTO een redelijk vermoeden heeft dat u onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt in verband met deze overeenkomst en FBTO de verzekeringsdekking en/of de premie aanpast door de onjuiste of onvolledige informatie. Eventueel teveel betaalde premie wordt dan aan u terugbetaald.
- 6.4 FBTO kan de overeenkomst beëindigen per de datum, dat u of een verzekerde een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of vervalste of misleidende stukken heeft overlegd; zie ook artikel 11.
- 6.5 FBTO kan de verzekeringsdekking voor u of een verzekerde beëindigen, als u of een verzekerde zich voor een periode van langer dan 12 maanden buiten Nederland bevindt.
- 6.6 FBTO zegt de overeenkomst op met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont.



H3 VERHUIZEN

3

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

- 7.1 U stuurt FBTO – vòòr uw verhuizing – een adreswijziging.
- 7.2 U informeert FBTO als u of een verzekerde voor een aaneengesloten periode van 12 maanden of langer buiten Nederland verblijven; zie artikel 6.5.

Artikel 8 – Waarom is goede adressering zo belangrijk?

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



H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITINGEN

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

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

Artikel 10 – Hoe beschermt u uw persoonsgegevens?

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

Artikel 11 – Wat zijn de gevolgen van fraude?

- 11.1 Onder fraude wordt verstaan het misleiden van FBTO om een (hogere) uitkering uit deze verzekeringsovereenkomst te krijgen of proberen te krijgen. Ook het geven van onjuiste informatie, op basis waarvan FBTO deze overeenkomst is aangegaan, valt onder het begrip fraude. Een redelijk vermoeden van fraude kan als fraude worden aangemerkt. Fraude wordt door ons sneller aangenomen dan in een strafproces gebruikelijk is.
- 11.2 Als er sprake kan zijn van fraude, laat FBTO de omstandigheden onderzoeken door een gespecialiseerd en gecertificeerd onderzoeksbureau. U bent verplicht mee te werken aan dit onderzoek. FBTO vergoedt de gedeclareerde kosten niet en zegt de overeenkomst op als u geen medewerking verleent aan dit onderzoek.

U wordt door FBTO schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau geïnformeerd.

- 11.3 Fraude heeft tot gevolg dat er geen uitkering wordt gedaan. Behalve als u of de verzekerde kunt aantonen dat de fraude het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt. Eventueel onterecht uitgekeerde bedragen worden teruggevorderd. FBTO mag bij fraude ook de expertisekosten en de onderzoekskosten bij u in rekening brengen.
- 11.4 FBTO mag de overeenkomst beëindigen volgens artikel 6.4, tenzij u of de verzekerde kunnen aantonen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerde.
- 11.5 FBTO mag aangifte doen van de fraude bij de politie.
- 11.6 FBTO registreert uw gegevens bij de Stichting CIS; zie ook artikel 10.2.
- 11.7 FBTO verricht in het kader van deze aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst materiële controle en/of fraudeonderzoek conform hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Achmea hanteert hiervoor een controleplan. Dit controleplan is opvraagbaar.

Artikel 12 – Wat betekent de terrorismeclausule voor u?

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

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

- 13.1 FBTO keert niet uit als de schade en/of kosten veroorzaakt zijn door of ontstaan zijn uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij.
- 13.2 FBTO keert niet uit als de schade is veroorzaakt door atoomkernreacties, onverschillig hoe deze zijn ontstaan. De tekst van deze uitsluiting is als bijlage opgenomen.
- 13.3 FBTO keert niet uit als de schade opzettelijk of door roekeloosheid van u of een verzekerde is veroorzaakt of verergerd.
- 13.4 FBTO keert niet uit als u of de verzekerde met opzet feiten verzwijgen, omstandigheden bewust niet vermelden of valse opgave doen met betrekking tot de gemelde schade.
- 13.5 FBTO keert niet uit als u of de verzekerde zich niet houden aan de verplichtingen, die in deze overeenkomst zijn vermeld en de belangen van FBTO daardoor worden geschaad.

- 13.6 FBTO keert niet uit als de schade is veroorzaakt door een ernstige mate van schuld van u of de verzekerde.

Artikel 14 – Welke kosten vergoedt FBTO niet?

FBTO vergoedt niet de kosten, die verband houden met:

- 14.1 vorm- en/of uiterlijkveranderende operaties. FBTO kan – op een schriftelijk verzoek van u of uw arts - toestemming geven van deze regel af te wijken (bijvoorbeeld bij verminkingen door een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking);
- 14.2 haargroeimiddelen;
- 14.3 het ongedaan maken van kunstmatig verkregen steriliteit;
- 14.4 niet erkende geneeswijzen, behalve als in de verzekerde modules hiervan wordt afgeweken. Om voor vergoeding van kosten voor 'niet erkende geneeswijzen' in aanmerking te komen neemt U de regels, die hierbij worden gesteld strikt in acht.
- 14.5 de eigen bijdragen, die volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet voor uw rekening komen. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken.
- 14.6 hulp, die een huisarts of medisch specialist verleent op een gebied, dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening van de huisarts of tot het specialisme van de medisch specialist;
- 14.7 kosten van vaccinaties (zoals bijvoorbeeld de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;
- 14.8 hulp, die verleend wordt in niet erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureau's, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureau's voor opvoedings- en levensmoeilijkheden.
- 14.9 hulp, die verleend wordt door orthopedagogen, diëtisten en voedingsdeskundigen;
- 14.10 overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privé-kliniek;
- 14.11 kosten van medische behandeling, die een zorgverlener aan zichzelf of zijn gezinsleden in rekening brengt;
- 14.12 vervoer om vanuit een medische instelling met weekeinde- of vakantieverlof te gaan;
- 14.13 het niet verschijnen van een verzekerde op een afspraak met de zorgverlener;
- 14.14 geneesmiddelen, die niet voldoen aan de begripsomschrijving 'Farmaceutische zorg' (zie artikel 1 Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering);
- 14.15 experimentele zorg en/of zorg, die niet voldoet aan de definitie 'medisch noodzakelijk' van artikel 1 van de Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering;
- 14.16 klassieke (orthopedische) steunzolen;
- 14.17 behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.



Artikel 15 – Betaling van uw premie

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



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

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

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

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

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

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

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



H7 ANDERE VERZEKERINGEN

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

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

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



H8 KLACHTEN

Artikel 20 – Hoe handelt u bij klachten?

- 20.1 Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kunt u in eerste instantie voorleggen aan het management van de afdeling met wie u contact hebt.
- 20.2 Indien 20.1 niet leidt tot een oplossing, die voor u bevredigend is dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Directie FBTO/Klachtenmanagement FBTO
Postbus 50
8900 AB Leeuwarden
fax. 058-2345702
fbto.nl (zie Klantenservice)
- U ontvangt binnen 3 weken na ontvangst van uw klacht een inhoudelijk reactie.
- 20.3 Indien 20.2 niet (tijdig) leidt tot een oplossing, die voor u bevredigend is dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist
tel. 030- 698 83 60
fax. 030- 698 82 45
- 20.4 Als u geen gebruik wilt maken van één of meer van de mogelijkheden, die onder 20.1 tot en met 20.3 zijn genoemd of u vindt de uitkomst niet bevredigend dan kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

PRODUCTVOORWAARDEN
AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

	H9 AANVULLENDE DEFINITIES	P.25	MODULE COSMETISCH EN HULPMIDDELEN	P.40
	H10 PREMIE	P.29		
	H11 GELDIGHEIDSGEBIED	P.30	 H16 RECHTEN	P.41
			MODULE GEZINSPLANNING	P.43
	MODULE ALTERNIEVE GENEESWIJZEN	P.31		
	H12 RECHTEN	P.32	 H17 RECHTEN	P.44
	H13 VERGOEDINGEN	P.33	MODULE THERAPIEËN	P.46
	MODULE BUITENLAND	P.34	 H18 RECHTEN	P.47
	H14 RECHTEN	P.35	MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN	P.51
	MODULE CALAMITEITEN	P.38		
	H15 RECHTEN	P.39	 H19 RECHTEN	P.52



Artikel 1 – Onze aanvullende definities Zorgverzekering

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- Arts: Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG;
- Arts voor de jeugdgezondheidszorg: De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugd zorg;
- AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- Bedrijfsarts: Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGCR) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten;
- Bekkentherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- BIG: zie Wet BIG;
- BSN: Burgerservicenummer (was voorheen het sofinummer);
- Dagbehandeling: opname korter dan 24 uur;
- Dienstenstructuur: Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkings sfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief;
- Eerstelijns psycholoog: Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings – en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- Ergotherapeut*: Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- Farmaceutische zorg: De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en diëtpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement;

- Fysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG;
- Gezin: Twee volwassenen, die samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben. Tot het gezin behoren ook de ongehuwde eigen-, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. Voor deze kinderen moet aanspraak bestaan op kinderbijslag of een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering;
- GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS wordt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet geregeld. Geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen, worden niet vergoed. Per geneesmiddel geldt ook een maximale vergoeding. Zodra een leverancier deze maximale vergoeding overschrijdt, moet de verzekerde het bedrag boven de limiet zelf betalen. Deze eigen bijdrage wordt de GVS-bijdrage genoemd.
- GZ-psycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
- Huidtherapeut: een in Nederland gevestigde huidtherapeut, die valt onder artikel 34 Wet BIG;
- Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- Hulpmiddelenzorg: De voorziening in de behoefte aan hulpmiddelen, die in het Reglement Hulpmiddelen zijn beschreven. Het Reglement voldoet aan de eisen van de Minister. Ook verbandmiddelen vallen onder het begrip hulpmiddelenzorg. FBTO stelt eisen aan de omstandigheden, waaronder een beroep op hulpmiddelenzorg kan worden gedaan, de termijnen, waarop u recht hebt op de hulpmiddelenzorg en het volume van de hulpmiddelenzorg. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO;
- Kaakchirurg: een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Kalenderjaar: de periode van 1 januari tot en met 31 december;
- Kinderfysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Kinder- of jeugdpsycholoog: psycholoog, die is ingeschreven bij het NIP met de kwalificatie kinder- en jeugdpsycholoog;
- Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling;

- Logopedist*: Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- Manueel therapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Medisch adviseur: De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert;
- Medisch noodzakelijk: de noodzaak van verpleging, onderzoek en behandeling volgens in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of revalidatie-inrichting. Er is sprake van algemeen geaccepteerd medisch handelen als voor de behandeling een tarief is vastgesteld, dat is goedgekeurd door de Minister.

In de volgende situaties moet vooraf toestemming aan FBTO gevraagd worden; ook als de behandelend arts 'medisch noodzakelijk' veronderstelt voor:

- medisch noodzakelijke zorg naar het buitenland gaan (vanuit Nederland) artikel 3.3
- elektrische epilatie gezichtsbehandling artikel 14.4
- plastische chirurgie artikel 14.6
 (zoals borstverkleining, ooglid- en oorcorrecties)
- invriezen sperma artikel 15.3
- couveuze nazorg artikel 15.5
- potentieverhogende middelen artikel 15.8
- psoriasisdagbehandeling artikel 16.7
- therapeutisch kamp voor astmatische kinderen artikel 16.10

De genoemde artikelen geven uw rechten precies weer;

- Medisch specialist: een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- Mondhygiënist*: Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist”;
- Oedeemtherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck*: Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- Opname: Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden;

- Orthodontie: gebitsregulatie;
- Orthodontist: Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dento-maxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Paramedische zorgverlener: de zorg, die verleend wordt door de zorgverleners, die in dit artikel zijn aangeduid met*;
- Pedicure*: een rechtmatig gevestigde pedicure, die in het bezit is van de door de branche erkende vakdiploma's en die voldoet aan de kwaliteitseisen van Pro Voet;
- Podotherapeut: podotherapeut, die voldoet aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en daarbij is aangesloten;
- Reglement Hulpmiddelen: Het Achmea Reglement Hulpmiddelen;
- Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie;
- Schoonheidsspecialist(e): een rechtmatig gevestigde schoonheidsspecialist, die in het bezit is van het diploma Schoonheidsverzorging en die voldoet aan de kwaliteitseisen van ANBOS;
- Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG;
- Tandprotheticus*: Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus";
- UPT-tarief: Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp;
- Verblijf: Opname met een duur van 24 uur of langer;
- Verloskundige: Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG;
- Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Zelfstandig behandelcentrum: Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenhuis: Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenvervoer: Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto, veerboot of helikopter van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar een zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk vervoer is sprake als het om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer;
- Zorgverlener: de aanbieder van medische zorg, die voldoet aan de eisen, die in deze overeenkomst worden gesteld. De diensten van de zorgverleners komen voor vergoeding in aanmerking voorzover hun declaratie overeenstemt met de afspraken, die tussen hun beroepsgroep en de zorgverzekeraars zijn gemaakt;
- Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.



H10 PREMIE

Artikel 2 – Hoe wordt uw premie berekend?

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



H11 GELDIGHEIDSGEBIED

Artikel 3 – In welke landen bent u verzekerd?

- 3.1 U kunt een beroep doen op deze overeenkomst als de zorg in Nederland wordt verleend.
- 3.2 Artikel 3.1 is niet van toepassing als de module 'Buitenland' van toepassing is.
- 3.3 U kunt – voorafgaande aan de zorgverlening – schriftelijk een verzoek indienen bij de medisch adviseur van FBTO als u de medische zorg buiten Nederland wilt inroepen. Indien u niet akkoord bent met het advies van de medisch adviseur wijzen u en FBTO in overleg een medisch specialist aan. U en FBTO stellen een onderzoeksopdracht op voor deze medisch specialist. De specialist stelt een advies op – rekening houdend met de onderzoeksopdracht en deze overeenkomst - over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Op basis van dit advies neemt FBTO een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

Artikel 4 – Welke modules zijn van toepassing?

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

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING**
MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN



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

- 5.1 De zorg moet gegeven worden door een alternatief genezer of therapeut die voldoet aan de door FBTO opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen of raadplegen op fbto.nl. U raadpleegt de lijst vòòrdat met de behandeling wordt begonnen. Bij twijfel informeert u bij FBTO, zodat er helderheid is over uw recht op vergoeding.
U ontvangt geen vergoeding als de behandelaar niet is aangesloten bij de beroepsverenigingen, die op deze lijst staan of de behandelaar een andere behandeling toepast dan de behandelingen waarvoor de kwaliteitseisen gelden.
- 5.2 Per verzekerde vergoedt FBTO maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de kosten van hulp door een zorgverlener, die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast.
- 5.3 Per bezoekdatum wordt maximaal een bedrag van € 30,- vergoed als voor de behandeling geen tarief is afgesproken tussen de betreffende beroepsgroep en de zorgverzekeraars.
- 5.4 Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. FBTO kan beoordelen of dit inderdaad het geval is.



H13 VERGOEDINGEN

13

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

- 6.1 Per polis vergoedt FBTO maximaal € 250,- per kalenderjaar als meerdere personen op de polis zijn verzekerd. Als er één persoon op de polis is verzekerd, bedraagt de vergoeding maximaal € 125,- per kalenderjaar.
- 6.2 Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door een arts of alternatief genezer. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Tevens vergoeden wij homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding u.a. (uitsluitend apotheek) mits deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen.
- 6.3 Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen. De zelfzorg geneesmiddelen moeten zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Hulp en komen alleen voor vergoeding in aanmerking als ze chronisch (dat wil zeggen langer dan zes maanden) gebruikt moeten worden. Wij vergoeden de eigen bijdrage, namelijk de kosten van de eerste vijftien dagen dat u deze medicijnen gebruikt.
- 6.4 De medicijnen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- 6.5 Medicijnen, die geleverd worden door andere leveranciers dan in artikel 6.4 zijn genoemd, worden niet vergoed.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE BUITENLAND**



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

- 7.1 Als u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland verblijft, hebt u of het verzekerd gezinslid recht op spoedeisende medische zorg als het verblijf in het buitenland korter is dan 12 maanden aaneengesloten. Spoedeisend betekent dat niet bekend was, dat tijdens het verblijf in het buitenland medische hulp ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan onze medisch adviseur.
- 7.2 Bij spoedeisende medische hulp hebt u of het verzekerd gezinslid recht op:
- kosten van behandeling door een arts;
 - kosten van medicijnen, die door de arts worden voorgeschreven onder overlegging van het recept;
 - verpleegkosten in verband met opname in een plaatselijk – door de overheid - erkend ziekenhuis. U of verzekerde(n) overleggen vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname; indien dit overleg vooraf niet mogelijk is, wordt de FBTO Alarmcentrale zo spoedig mogelijk over de opname geïnformeerd. Er kan u een deel van de verpleegkosten in rekening worden gebracht als door de te late informatie aan de FBTO Alarmcentrale de belangen van FBTO zijn geschaad;
 - kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.
- 7.3 Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en de verzekerde(n) verlenen medewerking aan dit onderzoek.
- 7.4 U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:
- repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen;
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
 - vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring, rekening houdend met artikel 9.2.

Artikel 8 - Welke rechten hebt u bij Medische Zorg in het buitenland op eigen verzoek?

- 8.1 U vraagt vooraf toestemming aan FBTO indien u medische zorg in het buitenland wenst.
- 8.2 Behandelingen, die op grond van uw Overeenkomst Zorgverzekeringwet bij FBTO worden vergoed in Nederland kunnen ook in een andere EU/EER-staat (zie artikel 8.6) worden ondergaan. Deze behandelingen moeten aan dezelfde voorwaarden voldoen als in Nederland. Voor de bepaling van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaats gevonden.
- 8.3 FBTO vergoedt maximaal het tarief, dat in Nederland verschuldigd zou zijn voor een soortgelijke behandeling. Het meerdere is voor uw eigen rekening.
- 8.4 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij gecontracteerde zorg in het buitenland: Wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Dit geldt bij een opname van meer dan veertien aaneengesloten verblijfsdagen per kalenderjaar. Wij vergoeden dan de kosten met ingang vanaf de 15e verblijfsdag.
Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen;
Bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,28 per kilometer en voor maximaal 700 kilometer per opname.
Voorwaarden:
- u moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen;
 - u moet van te voren contact met ons opnemen.
- 8.5 U ontvangt geen vergoeding van de kosten als:
- de gevraagde behandeling naar de Nederlandse maatstaven niet toegestaan is;
 - de gevraagde behandeling niet onder de verzekeringsdekking valt van de Overeenkomst Zorgverzekeringwet of de module Buitenland van deze overeenkomst Aanvullende Zorgverzekering.
- 8.6 Onder EU/EER-staat worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijk gesteld.
De EER- landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Artikel 9 - Welke rechten hebt u bij Persoonlijke Hulpverlening Buitenland?

- 9.1 U of de verzekerde leden van het gezin hebben recht op persoonlijke hulpverlening als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

- 9.2 Recht op persoonlijke hulpverlening bestaat alleen als zo spoedig mogelijk contact wordt opgenomen met de FBTO Alarmcentrale. Alleen de kosten, die met de (voorafgaande) instemming van de FBTO Alarmcentrale zijn gemaakt, worden vergoed.
- 9.3 Bij opname van u of de verzekerde(n) in een buitenlands ziekenhuis worden vergoed:
- de reiskosten van maximaal twee personen voor overkomst en terugkeer naar Nederland als de opname ten minste vijf dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van één persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van verzekerde kinderen (tot 16 jaar). Dit geldt ook voor lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin als de begeleider door omstandigheden, die zich tijdens de reis hebben voorgedaan hiertoe niet in staat is - de verblijfkosten van hen, die uit Nederland zijn overgekomen tot maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen.
- 9.4 Als tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin overlijdt dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:
- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
 - de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.
- Als transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk is vergoeden wij - in overleg met de direct betrokkenen - tot maximaal de kosten van (dat) transport van het stoffelijk overschot naar Nederland:
- de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
 - de verblijfkosten gedurende maximaal 3 dagen.
- 9.5 Als er sprake is van ziekenhuisopname van u of de verzekerden vergoedt FBTO in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.
- 9.6 Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land met een maximum van € 12.500,- per gebeurtenis.
- 9.7 In het kader van een buitenlandse reis vergoedt FBTO maximaal éénmaal per kalenderjaar de vaccinatiekosten voor u en de verzekerde leden van het gezin tegen:
- malaria profylaxe;
 - DTP;
 - geelzucht;
 - tyfus;
 - cholera;
 - gammaglobuline.

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

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE CALAMITEITEN**



Artikel 10 - Welke rechten hebt u als er sprake is van een ongeval?

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

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

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

Artikel 11 - Welke rechten hebt u bij bezoek aan uw in het ziekenhuis opgenomen kind?

Indien een bij u op de polis vermeld minderjarig kind is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek.

De vergoeding bedraagt € 0,28 per kilometer met een maximum van € 300,- per polis per kalenderjaar.

Artikel 12 - Welke rechten hebt u bij verblijf in een logeerhuis?

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

Artikel 13 – Welke rechten hebt u bij verblijf in een herstellingsoord?

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

FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

U hebt geen aanspraak op vergoeding van kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE COSMETISCH EN HULPMIDDELEN**

Artikel 14 – Welke rechten hebt u bij de module Cosmetisch en Hulpmiddelen?

14.1 Acné:

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

14.2 Brillen en lenzen:

U en de verzekerde(n) hebben één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een montuur met enkelvoudige glazen tot maximaal € 100,- bij Specsavers.

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

De korting wordt direct met u verrekend in de Specsaversvestiging. Specsavers geeft u en de verzekerde(n) 15% korting op contactlenzen indien u deze contant afrekent in de Specsaversvestiging.

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

Voor het adres van de Specsaversvestiging bij u in de buurt kunt u kijken op www.specsavers.nl.

U kunt FBTO ook bellen voor het dichtstbijzijnde adres.

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

14.3 Gehoorapparaten en pruiken:

Bij aanschaf van één of twee gehoorapparaten of een pruik wordt maximaal € 200,- vergoed van het verschil tussen de aanschafprijs en de vergoeding, die genoemd is in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.

14.4 Elektrische epilatie gezichtsbehaarung:

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

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

14.5 Orthodontie:

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

14.6 Plastische chirurgie:

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

Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:

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

Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts en wordt ter beoordeling voorgelegd aan onze medisch adviseur. Voor artikel 14.6 geldt een wachttijd van 24 maanden na het afsluiten van deze module.

Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Cosmetisch en Hulpmiddelen, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding op de behandelingen, die in artikel 14.6 zijn beschreven.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING**
MODULE GEZINSPLANNING



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

- 15.1 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood:
FBTO vergoedt de huurkosten van de apparatuur gedurende maximaal achttien maanden.
- 15.2 Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg:
Als de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, vergoedt FBTO maximaal € 200,- per bevalling als tegemoetkoming in de eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet.
- 15.3 Invriezen sperma:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaats vindt.
Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO maximaal € 750,- gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.
- 15.4 Kraampakket:
Indien de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, kan het medisch kraampakket worden aangevraagd. De aanvraag moet vòòr de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO ontvangen zijn. U kunt dit pakket zowel telefonisch als via fbto.nl aanvragen. Het pakket wordt gratis verstrekt.
- 15.5 Couveuse nazorg:
Als de moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, kunt u de kosten van maximaal 8 uren kraamzorg declareren als door een ziekenhuisopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg volgens de Zorgverzekeringswet. FBTO vergoedt deze kosten als:
- de kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling plaats vindt;
 - er geen sprake is van reguliere kraamzorg;
 - u vooraf toestemming aan FBTO heeft gevraagd.
- 15.6 Lactatiekundig advies:
Indien de moeder op de polis Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, vergoedt FBTO de kosten van lactatiekundig advies tot maximaal € 100,- per bevalling. De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

- 15.7 Sterilisatie:
FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).
- 15.8 Potentieverhogende middelen:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de middelen voorschrijft – als u voor vergoeding van de te maken kosten in aanmerking wilt komen. Er moet in ieder geval sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke stoornis. Dit moet blijken uit een verklaring van de behandelend arts. De potentieverhogende middelen moeten zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.
FBTO vergoedt maximaal € 150,- per mannelijke verzekerde van 21 jaar of ouder per kalenderjaar.
- 15.9 Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho):
FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 100,-.
- 15.10 Eigen bijdrage anticonceptiva:
FBTO vergoedt de eigen bijdrage(n) van anticonceptiva die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE THERAPIEËN**



Artikel 16 – Welke rechten hebt u bij de module Therapieën?

16.1 Camouflagetherapie:

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

16.2 Paramedische zorg

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

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

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

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

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

Keuze 3: onbeperkt aantal behandelingen, mits er sprake is van een medische noodzaak.

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

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

Na beëindiging van de individuele behandeling kan - na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist - ook worden behandeld in de vorm van groepstherapie.

FBTO vergoedt daarvoor maximaal € 400,- per verzekerde, per kalenderjaar. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.

FBTO vergoedt voor fysiotherapie en oefentherapie maximaal € 28,- per behandeling per dag. Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, manuele lymfedrainage door een huidtherapeut, kinderfysiotherapie, kinderoefentherapie of behandeling bij u thuis

geldt een hogere vergoeding. Voor de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar fbto.nl.

16.3 Eigen bijdrage ADHD medicijnen:

FBTO vergoedt de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht in het kader van het GVS voor de ADHD medicijnen die door een (kinder)psychiater worden voorgeschreven tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

16.4 Herstel en Balans:

FBTO vergoedt de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt. U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

16.5 Pedicurezorg:

Verzekerden, die lijden aan suikerziekte of reuma kunnen voor voetverzorging een beroep doen op deze regeling.

Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een pedicure. Deze moet gespecialiseerd zijn in voetverzorging bij reumapatiënten of in het bezit zijn van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.

FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € 30,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde.

16.6 Podotherapie:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling door een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten. FBTO vergoedt maximaal 1 bezoek per dag tot maximaal € 25,- per bezoek. Daarnaast vergoedt FBTO de aanschaf van podotherapeutische zolen. Let op; klassieke (orthopedische) steunzolen zijn geen podotherapeutische zolen. Voor de vergoeding van de behandelingen en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

16.7 Psoriasis dagbehandeling:

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

Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO € 27,- per behandeling voor maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar.

In plaats van de behandeling in een instelling kunt u apparatuur huren om de behandeling

thuis te ondergaan. FBTO vergoedt deze kosten tot een maximum van € 675,- per verzekerde per kalenderjaar mits deze behandeling aan de door FBTO gestelde eisen voldoet.

16.8 Psychologische hulp:

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

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

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

- a. de zorg ten hoogste vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.

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

16.9 Stottertherapie:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de methode Del Ferro. De verblijfkosten in het instituut waar de therapie wordt gegeven, worden vergoed. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.

16.10 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen:

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

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

16.11 Zittend ziekenvervoer:

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

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

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

wordt volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ.

Bij gebruik van de eigen auto vergoedt FBTO € 0,28 per kilometer.

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

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

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZORGVERZEKERING
MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN**



Artikel 17 – Welke rechten hebt u bij de module Tandheelkundige hulp?

Er geldt een drietal dekking keuzemogelijkheden. Afhankelijk van de afgesloten dekking hebt u recht op vergoeding van kosten tot:

Keuze 1: maximaal € 200,-;

Keuze 2: maximaal € 400,-;

Keuze 3: maximaal € 800,-.

- 17.1 Per verzekerd gezinslid hebt u recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp volgens het UPT tarief; ook de kosten van parodontologie en de mondhygiënist komen voor vergoeding in aanmerking. De kosten van een tandprotheticus worden vergoed voor zover de kosten hoger zijn dan in het Reglement Hulpmiddelen is vermeld.
- 17.2 Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of verhogen van deze module voor kronen, bruggen, inlay's, enkele implantaten en parodontologische behandelingen. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet voor personen, die op de dag van hun achttiende verjaardag de module Tandheelkundige hulp afsluiten. Voor verzekerden die de achttienjarige leeftijd hebben bereikt, maar nog geen tweeëntwintig zijn, geldt een gereduceerd tarief (zie premietabel op fbto.nl).
- 17.3 De maximale vergoeding voor tandheelkundige hulp is op de polis vermeld.
- 17.4 FBTO vergoedt de kosten van de op basis van de Zorgverzekering in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothesen. Dit betreft € 125,- per kaak per, per verzekerde, per kalenderjaar.
- 17.5 Kosten, die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder de module Tandheelkundige Hulp. Deze kosten worden vergoed uit de module Cosmetisch en Hulpmiddelen.



Verzekeren kan je zelf.



Ik kan FBTO altijd bereiken.

Algemene informatie

(058) 234 59 05

fbto.nl

Hulp bij nood

FBTO Alarmcentrale (alleen bij nood)

+31 58 234 56 50

Dringende schademeldingen

(058) 234 56 00

057 08 10



POSTBUS 318,
8901 BC LEEUWARDEN
FBTO.NL

