

FBTO ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
VOORWAARDEN AANVULLENDE MODULES



Ik kan snel vinden wat ik zoek.

CONTACT	3
HOE TE HANDELEN	4
ALGEMENE VOORWAARDEN	9
PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING	23
Module Alternatieve geneeswijzen	31
Module Buitenland	35
Module Calamiteiten	39
Module Cosmetisch en Hulpmiddelen	41
Module Gezinsplanning	45
Module Therapieën	49
Module Tandheelkundige hulp volwassenen	54



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 Telefoon dokter® is elke maandag bereikbaar tussen 19.00 en 21.00 uur:

(058) 234 56 46

FBTO Alarmcentrale:

(058) 234 56 50

Fax:

(058) 234 55 54 (vragen m.b.t. offerte)

(058) 234 53 64 (vragen over polis/
premienota)

(058) 234 53 12 (vragen m.b.t.
vergoedingen)

Internet:

Ga voor meer informatie en voor het doorgeven van wijzigingen naar www.fbto.nl. Klik op 'Producten' en vervolgens op 'Ziektekosten'.

Schriftelijk:

Postadres: 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 m.b.t. offertes:

verkoop.zorg@fbto.nl

Vragen m.b.t. de polis of de premienota en het doorgeven van wijzigingen:

administratie.zorg@fbto.nl

Vragen m.b.t. vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:

uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen m.b.t.

- vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist

- zorgbemiddeling, zorggarantie en opname/
ontslag uit een ziekenhuis

- kraampakketten

zorg.machtigingen@fbto.nl

Denkt u eraan op alle correspondentie en nota's het Burger Service Nummer (sofi-nummer) van de betreffende verzekerde te vermelden?



HOE TE HANDELEN

Inzenden van nota's

Algemeen

Alleen originele nota's, niet ouder dan twaalf maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking.

In verband met de werking van de no-claimregeling 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.

FBTO stuurt geen nota's retour. Wij adviseren u vooraf een kopie voor uw eigen administratie te maken.

Nog niet betaalde nota's

Als u wilt dat FBTO rechtstreeks met uw zorgverlener afrekent, is het van belang dat u uw ziektekostennota's binnen één week na ontvangst naar ons doorstuurt. Wij verzoeken u de volgende drie stappen te volgen:

Stap 1 Noteer het Burger Service Nummer (is het huidige sofi-nummer) van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

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

Stap 3 Stuur de nota('s) naar:

FBTO
T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking
Postbus 318
8901 BC LEEUWARDEN

Betaalde nota's

Door u betaalde nota's kunt u opsturen naar FBTO. FBTO verwerkt deze nota's binnen 48 uur na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding normaliter binnen acht dagen op uw bank- of girorekening staat.

Wilt u gebruikmaken van deze 48-uurs service? Volg dan de volgende drie stappen:

Stap 1 Noteer het Burger Service Nummer (is het huidige sofi-nummer) van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2 Geef aan dat u deze nota 'betaald' heeft.

Stap 3 Stuur de nota('s) naar:

FBTO

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 350

8901 BD LEEUWARDEN

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 genoemd bedrag worden aan u uitbetaald.

Als u (een) buitenlandse nota('s) bij ons wilt declareren, verzoeken wij u vriendelijk bij het indienen van de nota, naast het vermelden van het Burger Service Nummer (is het huidige sofi-nummer) 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 polisnummer?

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.

No-claimregeling

De no-claimregeling is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van achttien jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw no-claim van maximaal € 255,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg vallen niet onder de no-claimregeling. Als u niets claimt, ontvangt u na een kalenderjaar € 255,- terug op uw bankrekening. Als u wel claimt, dan wordt dat bedrag in mindering gebracht op uw no-claim.

Eigen risico

Naast de verplichte no-claimregeling kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een 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 eigen risico wordt pas aangesproken als uw no-claimbedrag (van € 255,- per persoon) is overschreden. Dit geldt echter niet voor de kosten

van huisarts, verloskundige hulp en kraamzorg. Deze kosten worden dus wel direct in mindering gebracht op uw eigen risico.

Hoe te handelen bij:

Opname in een ziekenhuis of verpleeginrichting

Als u moet worden opgenomen in een ziekenhuis of verpleeginrichting, verzoeken wij u ons vóór de opname in te lichten. Dit kan telefonisch via (058) 234 53 30 of door het daarvoor bestemde formulier (aangifte ziekenhuisopname) in te vullen en op te sturen (u vindt een exemplaar achter in deze voorwaarden).

Ontslag uit ziekenhuis of verpleeginrichting

Ook als u wordt 'ontslagen' uit een ziekenhuis of verpleeginrichting, verzoeken wij u ons in te lichten. Dit kan telefonisch via (058) 234 53 30 of door de (na de opname toegezonden) brief in te vullen en terug te zenden.

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: (058) 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 geboden is. Bijvoorbeeld in geval van 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').

Vooraf aanvragen van behandelingen

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

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

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen zijn er ook andere behandelingen,

zoals bijvoorbeeld plastische chirurgie en vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, waarvoor het raadzaam is vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden. Wij raden u daarom aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

Services

48-uurs service

FBTO verwerkt uw declaraties binnen 48 uur. Dit betekent dat de vergoeding normaliter binnen acht dagen op uw bank- of girorekening staat (zie ook onder 'Inzenden van nota's').

Apotheekservice

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

Personen Alarmering

FBTO-verzekerden ontvangen korting op de huur en de abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine. Het betreft een korting op de huur en abonnementskosten alleen voor personenalarmering waarbij er geen sprake is van een medische indicatie.

Second opinion

U heeft recht op vergoeding van de kosten van een second opinion-consult door een huisarts of specialist.

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 Burger Service Nummer (is uw huidige sofi-nummer) bij de hand heeft. Het rechtstreekse telefoonnummer van de FBTO Telefoondokter® is: (058) 234 56 46.

Zorgbemiddeling

Als u (te) lang op een medische behandeling moet wachten, kunnen wij voor u bemiddelen, met de kans dat u sneller wordt geholpen door het behandelende ziekenhuis of de specialist.

Wanneer deze mogelijkheid er niet is, kan ook als alternatief een oplossing bij een ander(e) ziekenhuis of specialist worden geboden.

U komt voor deze gratis bemiddeling in aanmerking wanneer u langer moet wachten dan:

- drie weken bij een eerste polikliniekbezoek;

- vier weken bij een dagbehandeling;
 - zes weken bij een ziekenhuisopname (behalve orgaantransplantatie).
- Voor meer informatie kunt u rechtstreeks bellen met: (058) 234 53 30.

Zorggarantie

Bij zorggarantie kunnen wij u garanderen dat u binnen een bepaalde tijd voor een bepaalde operatie of behandeling geholpen wordt in een van de reguliere ziekenhuizen of privé-klinieken in Nederland. Als de zorg niet binnen de afgesproken termijn in Nederland kan worden gerealiseerd, wordt een oplossing gezocht in een van de door ons gecontracteerde ziekenhuizen in België of Duitsland. Wat houdt de garantie in?

Dagbehandeling: Garantie betekent dat u gegarandeerd na vijf werkdagen voor een eerste consult (diagnostiek) terechtkunt bij een specialist. De behandeling vindt dan gegarandeerd binnen tien werkdagen daarna plaats! (Mits medisch verantwoord.)

Opname: Garantie betekent dat u gegarandeerd na vijftien werkdagen wordt opgenomen voor de behandeling.

Aanvullende informatie:

Wilt u weten welke behandelingen onder zorggarantie vallen? Kijk dan op www.fbto.nl of bel (058) 234 53 30.

Zorgpas/Inkoopvoordelen









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

Specsavers
VisionClinics
Medinova

Wijzigingen van modules

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit zeven modules. U kunt deze modules maandelijks bijsluiten. Opzeggen kan natuurlijk ook. De module vervalt per 1 januari van het volgende jaar, na een looptijd van minimaal één jaar. In bepaalde gevallen krijgt u te maken met een wachttijd op vergoedingen. Voor het doorgeven van deze wijzigingen kunt u terecht op www.fbto.nl of u kunt het telefonisch doorgeven.

ALGEMENE VOORWAARDEN

	H1 ALGEMENE DEFINITIES EN BASISAFSPRAKEN	10		
1	Onze algemene definities			
2	Onze basisafspraken			
	H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN	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 opgeven?			
6	Wanneer kunnen u of FBTO de overeenkomst opzeggen?			
	H3 VERHUIZEN	14		
7	Wat verwacht FBTO als u verhuist?			
8	Waarom is goede adressering zo belangrijk?			
	H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITING	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		18	
	15	Betaling van uw premie		
	H6 VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN		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		21	
	19	Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?		
	H8 KLACHTEN		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 heeft;
- 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 polis die FBTO heeft afgegeven op basis van de door u verstrekte gegevens;
- uw controle op juistheid en volledigheid van de gegevens op de polis. Als FBTO gegevens schriftelijk 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 die u samen met de polis heeft ontvangen;
- de afspraak dat elke op de polis genoemde module geldt voor de verzekerden gezamenlijk. In afwijking hiervan geldt de module 'Tandheelkundige hulp voor volwassenen' 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 voor zover de zorgverlener voldoet aan de eisen die de overheid stelt of als 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 heeft. De polis vermeldt welke module(s) van toepassing zijn op deze overeenkomst. De Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering zijn ondergeschikt aan de Productvoorwaarden.



H2 GELDIGHEIDSDUUR EN VERANDERINGEN

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 polis als ingangsdatum is vermeld.
- 3.2 De looptijd van de overeenkomst is één jaar. 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 jaar 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 schriftelijk over wijzigingen. Als u geen gebruikmaakt van uw recht zoals dat vermeld staat in artikel 4 lid 2, 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. De opzegging gaat dan in op de 1^e dag van de 2^e kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd. Eventueel te veel betaalde premie betalen wij terug. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 4.3 U heeft 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 opgeven?

- 5.1 U informeert FBTO schriftelijk, telefonisch of elektronisch over wijzigingen in de verzekerde gezinssamenstelling, zoals geboorte, adoptie, echtscheiding, overlijden of vestiging van een verzekerde op een ander adres. Indien u ons later dan dertig dagen na de wijziging in uw gezinssamenstelling informeert, gaat de wijziging in op de datum van melding; eventueel te veel 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 U kunt FBTO ten minste drie maanden vóór het einde van het kalenderjaar vragen de verzekeringsdekking met één of meer modules te beperken als deze module(s) ten minste één kalenderjaar van kracht is (zijn) geweest. De beperking van de verzekeringsdekking gaat in op de eerstkomende 1 januari.

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

- 6.1 U kunt de overeenkomst schriftelijk opzeggen binnen veertien dagen na ontvangst van de eerste polis, de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering en de Productvoorwaarden.
- 6.2 U kunt jaarlijks de overeenkomst twee maanden vóór de op de polis genoemde ingangsdatum schriftelijk opzeggen. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 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 te veel 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

Artikel 7 – Wat verwacht FBTO als u verhuist?

- 7.1 U stuurt FBTO – vóór uw verhuizing – een adreswijziging.
- 7.2 U informeert FBTO als u of een verzekerde voor een aaneengesloten periode van zes maanden of langer buiten Nederland verblijft; 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 adres u hebben bereikt.



H4 ALGEMENE REGELS EN UITSLUITING

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.

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 werkt mee aan dit onderzoek. Als u geen medewerking verleent aan dit onderzoek, vergoedt FBTO de gedeclareerde kosten niet en wordt de overeenkomst opgezegd.
FBTO informeert u schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau.

- 11.3 Fraude heeft tot gevolg dat er geen uitkering wordt gedaan, behalve als u of de verzekerde kan aantonen dat de fraude het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt. Eventueel uitgekeerde bedragen worden teruggevorderd. FBTO kan bij fraude ook de expertisecosten en de onderzoekskosten aan u in rekening brengen.
- 11.4 FBTO kan de overeenkomst beëindigen volgens artikel 6.4, tenzij u of de verzekerde kan aantonen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerde.
- 11.5 FBTO kan aangifte doen van de fraude bij de politie.
- 11.6 FBTO registreert uw gegevens bij de Stichting CIS; zie ook artikel 10.2.

Artikel 12 – Wat betekent de terrorismeclausule voor u?

- 12.1 FBTO is, zoals bijna alle verzekeraars in Nederland, aangesloten bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT). Daarom kan FBTO de schade-uitkering beperken als er sprake is van terrorisme, kwaadwillige besmetting en dergelijke. Ook preventieve maatregelen of 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 Terrorisemeschaden N.V.' is als bijlage opgenomen. Bovendien kunt u voor meer informatie kijken op www.terrorisemeverzekerd.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 munitie. De definities van deze begrippen zijn als bijlage opgenomen.
- 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 verzwijgt, omstandigheden bewust niet vermeldt of valse opgave doet met betrekking tot de gemelde schade.
- 13.5 FBTO keert niet uit als u of verzekerde zich niet houdt 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 griep prik), 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 bureaus, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie en bureaus 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.



H5 PREMIE

Artikel 15 – Betaling van uw premie

- 15.1 Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, betaalt u het bedrag dat op de eerste premienota staat. Als u niet betaalt binnen de termijn die op de nota is vermeld, is er geen verzekeringsdekking voor gebeurtenissen die vanaf de genoemde datum hebben plaatsgehad.
- 15.2 U betaalt – nadat u heeft voldaan aan lid 1 van dit artikel – de door ons in rekening gebrachte bedragen vóór de datum die wij u meedelen.
- 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 schriftelijk mee wat de gevolgen zijn voor de geldigheid van deze overeenkomst als u te laat betaalt.
- 15.5 Als door te laat te betalen de verzekeringsdekking wordt opgeschort, dan wordt de verzekeringsdekking pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop de betaling van het gehele openstaande bedrag is bijgeschreven op de rekening van FBTO.
- 15.6 Als door te laat te betalen deze overeenkomst wordt beëindigd, dan wordt het openstaande bedrag verhoogd met incassokosten en wettelijke rente. Betaling van het gehele openstaande bedrag geeft u geen recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.
- 15.7 U heeft geen recht op vergoeding van medische kosten die ontstaan zijn tijdens de periode van opschorting. Gedeeltelijke betaling van het openstaande bedrag leidt niet tot beëindiging van de opschorting van de verzekeringsdekking.
- 15.8 Uw betalingsverplichtingen blijven bestaan in de periode dat deze overeenkomst is opgeschort of is beëindigd.
- 15.9 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.
- 15.10 Als er sprake is van automatische betaling, geeft u uw bankinstelling geen opdracht voor het terugboeken van meer dan één termijnbetaling.



H6 VERGOEDING VAN MEDISCHE KOSTEN

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

- 16.1 U of de verzekerde legitimeert 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 de medisch adviseur daarom vraagt.
- 16.3 U of de verzekerde verleent medewerking bij het opvragen van informatie die FBTO of de medisch adviseur noodzakelijk vindt in verband met de gevraagde medische zorg.
- 16.4 U of de verzekerde is FBTO behulpzaam bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mogen 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.
- 16.5 Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis, meldt u dat binnen drie dagen aan FBTO.

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

- 17.1 U heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten die zijn gemaakt tijdens de periode dat deze overeenkomst van kracht is. Kosten die zijn gemaakt tijdens de periode dat de overeenkomst is opgeschort, worden niet vergoed.
- 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 inachtneming 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 twaalf maanden of langer geleden zijn verricht worden vergoed met een vertraging van ten minste drie maanden na het indienen van de nota's door u. FBTO heeft deze extra tijd nodig om onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de vordering en berekening van het u toekomende bedrag in relatie met de reeds ontvangen vergoedingen in de betreffende kalenderjaren.
- 17.6 U heeft geen recht op vergoedingen van de verzekerde kosten als u of de verzekerde verplichtingen uit deze overeenkomst niet nakomt en FBTO aantoont dat daardoor haar belangen zijn geschaad.
- 17.7 Als FBTO meer vergoed heeft dan waarop u of de verzekerde(n) recht heeft, dan verleent u automatisch volmacht aan FBTO om het te veel betaalde van uw rekening over te boeken naar de rekening van FBTO.

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

- 18.1 FBTO schrijft het u toekomende bedrag over op de bankrekening die u opgeeft.
- 18.2 Als u of de verzekerde de nota van de zorgverlener heeft betaald, vergoedt FBTO het u toekomende bedrag. Indien dit bedrag hoger is dan het bedrag waar de zorgverlener recht op heeft, machtigt u FBTO om het te veel 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 aan de zorgverlener het bedrag waarop u of de verzekerde recht heeft volgens de bepalingen van deze overeenkomst.
- 18.4 Als u gebruikmaakt van de FBTO Apotheek Service, vergoedt FBTO de kosten voor medicijnen rechtstreeks en volledig aan de apotheker. 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 wordt gedekt, wordt uw verzoek om vergoeding van de medische kosten in behandeling genomen met inachtneming 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 de ziektekosten.



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 heeft.
- 20.2 Indien 20.1 niet leidt tot een oplossing die voor u bevredigend is, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Klantenman FBTO/Directie FBTO
 - Postbus 50
 - 8900 AB Leeuwarden
 - fax: (058) 234 57 85 (directiesecretariaat)
 - e-mail: klantenman@fbto.nl
 - www.fbto.nl
- 20.3 Indien 20.2 niet leidt tot een oplossing die voor u bevredigend is, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Ombudsman 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 ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

	H9 AANVULLENDE DEFINITIES	25	MODULE COSMETISCH EN HULPMIDDELEN
	H10 PREMIE	29	
	H11 GELDIGHEIDSGEBIED	30	 H16 RECHTEN 42
MODULE ALTERNIEVE GENEESWIJZEN			MODULE GEZINSPLANNING
	H12 RECHTEN	32	 H17 RECHTEN 46
	H13 VERGOEDINGEN	33	MODULE THERAPIEËN
MODULE BUITENLAND			 H18 RECHTEN 50
	H14 RECHTEN	36	MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN (ACHTTIEN JAAR EN OUDER)
MODULE CALAMITEITEN			 H19 RECHTEN 55
	H15 RECHTEN	40	

H9 AANVULLENDE DEFINITIES

Artikel 1 – Onze aanvullende definities Zorgverzekering

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- Arts: een ieder die geregistreerd is en bevoegd is om de geneeskunde uit te voeren.
- AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- * Bekkenthalerapeut: een fysiotherapeut die geregistreerd is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG én die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Bedrijfsarts: een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.
- BIG: zie Wet BIG.
- Dagbehandeling: opname korter dan 24 uur in een ziekenhuis, revalidatie-inrichting of zelfstandig behandelcentrum.
- Dienstenstructuur: een organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen. Het organisatorisch verband voldoet aan artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 en beschikt over een rechtsgeldig tarief.
- * Ergotherapeut: een ergotherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthopedist, podotherapeut'.
- Eerstelijns psycholoog: psycholoog die ingeschreven is bij het ROEP en/of het NIP met de kwalificatie eerstelijns psycholoog.
- Farmaceutische zorg: de aflevering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die volgens de Ministeriële Regeling Zorgverzekering zijn aangewezen. De aflevering voldoet bovendien aan het Reglement Farmaceutische Zorg van FBTO. Dit reglement kunt u raadplegen op www.fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.
- * Fysiotherapeut: een fysiotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur zoals in artikel 108 van de Wet BIG is beschreven.
- 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.

- Huidtherapeut: een in Nederland gevestigde huidtherapeut die valt onder artikel 34 van de Wet BIG.
- Huisarts: een arts die is ingeschreven in het register van huisartsen van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunde.
- 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 heeft op de hulpmiddelenzorg en het volume van de hulpmiddelenzorg. Dit reglement kunt u raadplegen op www.fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.
- Kaakchirurg: een tandarts-specialist die 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 geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG én die ook 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 volgens de Wet Tarieven Gezondheidszorg toegelaten en geregistreerde instelling voor bevalling; voor deze instelling is bovendien een tariefbeschikking afgegeven.
- * Logopedist: een logopedist die voldoet aan de eisen die vermeld zijn in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';
- * Manueel therapeut: een fysiotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG én die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Medisch adviseur: een arts die FBTO in medische aangelegenheden adviseert.
- Medisch specialist: een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 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 gezichtsbeharing artikel 5.4
- psoriasisdagbehandeling artikel 13.5
- vormverbeterende cosmetische chirurgie (zoals ooglid-, borst-, buikwand- en oorcorrecties) artikel 13.8
- invriezen sperma artikel 14.4
- uitgestelde kraamhulp artikel 14.6
- potentieverhogende middelen artikel 14.9
- vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen artikel 14.10
- kuurreizen artikel 15.2
- therapeutisch kamp voor astmatische kinderen artikel 15.8

De genoemde artikelen geven uw rechten precies weer.

- * Mondhygiënist: een (vrijgevestigde) mondhygiënist die voldoet aan de eisen die vermeld zijn in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- * Oedeemtherapeut: een fysiotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG én die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Genootschap van Fysiotherapeuten.
- * Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck: een oefentherapeut Cesar of een oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen die vermeld zijn in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- Opname: opname in een ziekenhuis, revalidatie-inrichting of zelfstandig behandelcentrum voor medisch noodzakelijke verpleging, onderzoek en behandeling.
- Orthodontie: gebitsregulatie door een orthodontist.
- Orthodontist: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dento-maxillaire orthodontie 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: een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten.
- Reglement Hulpmiddelen: het Achmea Reglement Hulpmiddelen, dat u kunt raadplegen op www.fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.
- Revalidatie: zorg die verleend wordt door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist; de zorg wordt verleend in een instelling die – volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen – is toegelaten.

- Schoonheidsspecialist: 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 geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG.
- * Tandprotheticus: een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- UPT-tarief: Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp.
- Verblijf: opname langer dan 24 uur.
- Verloskundige: een verloskundige die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van 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). Het centrum is als zelfstandig behandelcentrum toegelaten door de wet.
- Ziekenhuis: een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. De inrichting is als ziekenhuis toegelaten door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen.
- 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.
- Zorgverzekeraars: de verzekeringsondernemingen, die verzekeringen aanbieden op grond van de Zorgverzekeringswet.

**H10** PREMIE**Artikel 2 – Hoe wordt uw premie berekend?**

- 2.1 De premie wordt berekend op basis van de leeftijd van de 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 verzekerde gezinsleden verhuizen, wordt de premie aangepast aan de situatie die op dat moment ontstaat.
- 2.4 Als u de Overeenkomst Zorgverzekeringswet onderbrengt bij een andere zorgverzekeraar dan FBTO, dan wordt de premie van de FBTO Aanvullende Zorgverzekering verhoogd.



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 invoeren. Indien u niet akkoord bent met het advies van de medisch adviseur, wijzen u en FBTO in overleg een medisch specialist aan. U en FBTO stellen een onderzoeksopdracht op voor deze medisch specialist. De specialist stelt een advies op – rekening houdend met de onderzoeksopdracht en deze overeenkomst – over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Op basis van dit advies neemt FBTO een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

Artikel 4 – Welke modules zijn van toepassing?

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

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

H12 RECHTEN

12

Artikel 5 – Op welke alternatieve zorg heeft u recht?

- 5.1 De zorg moet gegeven worden door een arts; zie ook artikel 5.4.
- 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 bezoek wordt maximaal een bedrag van € 30,- vergoed als voor de behandeling geen tarief is afgesproken tussen de betreffende beroepsgroep en de zorgverzekeraars.
- 5.4 Voor homeopathie, acupunctuur, antroposofie, chiropractie, osteopathie en natuurgeneeswijzen is het voldoende als de behandelaar voldoet aan de kwaliteitseisen van een relevante Nederlandse beroepsvereniging. Een lijst van deze beroepsverenigingen kunt u raadplegen op www.fbto.nl; op uw verzoek ontvangt u deze lijst per post van FBTO. U raadpleegt de lijst vóórdat 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.

H13 VERGOEDINGEN

13

Artikel 6 – Welke antroposofische, homeopathische en zelfzorggeneesmiddelen worden vergoed?

- 6.1 Per polis vergoedt FBTO maximaal € 250,- per kalenderjaar als meerdere personen op de polis zijn verzekerd. Indien één persoon op de polis is verzekerd, bedraagt de vergoeding maximaal € 125,- per kalenderjaar.
- 6.2 De medicijnen zijn voorgeschreven door een arts en voldoen aan de definitie 'Farmaceutische Zorg'. De definitie 'Farmaceutische Zorg' kunt u raadplegen op www.fbto.nl; op uw verzoek ontvangt u dit document per post van FBTO.
- 6.3 De medicijnen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- 6.4 Medicijnen die geleverd worden door andere leveranciers dan in artikel 6.3 zijn genoemd, worden niet vergoed.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
MODULE BUITENLAND**

Artikel 7 – Welke rechten heeft u bij Spoedeisende Zorg?

- 7.1 Als u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland verblijft is er recht op spoedeisende medische zorg als het verblijf in het buitenland korter is dan twaalf maanden aaneengesloten. Spoedeisend betekent dat niet bekend was dat tijdens het verblijf in het buitenland spoedeisend medische hulp ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan de medisch adviseur.
- 7.2 Bij spoedeisende medische hulp heeft u 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 erkend ziekenhuis. U of verzekerde(n) overlegt 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.

Artikel 8 – Welke rechten heeft u bij Medische Zorg in het buitenland?

- 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 8.5) 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 plaatsgehad.
- 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 U ontvangt geen vergoeding van de kosten als:
- de gevraagde behandeling naar 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.

- 8.5 Onder EU/EER-staat worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. 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 korter is dan zestig dagen per reis.
- 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 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 verlenen medewerking aan dit onderzoek.
- 9.4 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 de voorafgaande toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
 - kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring, rekening houdend met artikel 9.2.
- 9.5 Bij opname in een buitenlands ziekenhuis worden bovendien vergoed:
- de reiskosten van maximaal twee personen voor overkomst en terugkeer naar Nederland als de opname ten minste vijf dagen zal duren 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 zestien jaar) en lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin als de begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;

H14 RECHTEN

- de verblijfskosten van maximaal drie dagen van hen die uit Nederland zijn overgekomen tot maximaal € 75,- per dag.

9.6 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.

Tot maximaal de kosten van transport van het stoffelijk overschot naar Nederland vergoeden wij – als transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk is – in overleg met de direct betrokkenen:

- 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 verblijfskosten gedurende maximaal drie dagen.

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 of GGD.

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING MODULE CALAMITEITEN

Artikel 10 – Welke rechten heeft 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 én waarbij rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Als er sprake is van een ongeval vergoedt FBTO per verzekerde tot de 65-jarige leeftijd maximaal € 40.000,- als er sprake is van blijvende invaliditeit of € 2.500,- bij overlijden. De kosten van tandheelkundige hulp door het ongeval worden vergoed tot maximaal € 900,- per verzekerde als deze kosten voor uw rekening komen.

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

Artikel 11 – Welke rechten heeft u als er sprake is van een medische-kunstof?

U en verzekerden hebben recht op juridische bijstand door of namens FBTO als er sprake is van een medische-kunstof bij een behandeling in het ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum, revalidatie-inrichting of dienstenstructuur. Onder een medische-kunstof wordt verstaan: een medische handeling die niet voldoet aan de eisen die aan een redelijk bekwaam handelende arts worden gesteld. FBTO vergoedt per verzekerde maximaal € 4.538,- voor de kosten van juridische bijstand per schadegeval.

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

Artikel 12 – Welke rechten heeft u bij verblijf in een logeerkamer?

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

PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING MODULE COSMETISCH EN HULPMIDDELEN

Artikel 13 – Welke rechten heeft u bij de module Cosmetisch en Hulpmiddelen?

13.1 Acné:

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

13.2 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 € 69,- bij Specsavers. Indien een duurder montuur inclusief glazen wordt gekocht, berekent Specsavers een korting van 15% over het verschil van het aankoopbedrag minus € 69,-. Deze korting wordt direct met u verrekend in de Specsaversvestiging. De korting wordt niet berekend over uitbreidingen zoals varifocale glazen, ontspiegeling, cilindrische slijping enzovoorts.

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 geen gebruik wordt gemaakt van het aanbod bij Specsavers, vergoedt FBTO éénmaal per drie kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin op vertoon van een nota voor het aanschaffen van een bril of lenzen bij een leverancier van uw keuze.

13.3 Gehoorapparaten en pruiken:

Bij aanschaf van een gehoorapparaat of een pruik volgens het Achmea Reglement Hulpmiddelen wordt maximaal tot € 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 www.fbto.nl; op uw verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO.

13.4 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 zal verzorgen of de instelling waar de behandeling zal worden gedaan.

Als er sprake is van voorgaande toestemming, vergoedt FBTO maximaal € 500,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

13.5 Orthodontie:

FBTO vergoedt de kosten voor gebitsregulatie door een tandarts of een orthodontist tot € 1.500,- per verzekerde tot achttien jaar of € 250,- voor verzekerden van achttien jaar of ouder. Deze bedragen gelden voor de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

13.6 Vormverbeterende cosmetische chirurgie:

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 de kosten zoals die van tevoren met u zijn afgesproken.

Een beroep op artikel 13.6 kunnen u of de verzekerden doen als de module Cosmetisch en Hulpmiddelen ten minste in de voorafgaande 24 maanden – gerekend vanaf de ingangsdatum van de module Cosmetisch en Hulpmiddelen – van kracht is geweest. 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 13.6 zijn beschreven.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
MODULE GEZINSPLANNING**

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

14.1 Anticonceptie:

De anticonceptiva moeten zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en geleverd worden door een apotheker of een apotheehoudende huisarts. De Regeling Farmaceutische Zorg is van toepassing. De regeling kunt u raadplegen op [www. fbto.nl](http://www.fbto.nl); op uw verzoek ontvangt u deze Regeling per post van FBTO.

FBTO vergoedt de anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar of ouder. De vergoeding is beperkt tot telkens een periode van maximaal één jaar.

14.2 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood:

FBTO vergoedt de huurkosten van de apparatuur gedurende maximaal achttien maanden.

14.3 Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg:

Als de aanstaande moeder verzekerd is op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering, vergoedt FBTO maximaal € 200,- per bevalling als tegemoetkoming in de eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet.

14.4 Invriezen sperma:

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

Als er sprake is van voorafgaande toestemming, vergoedt FBTO maximaal € 750,- gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.

14.5 Kraampakket:

Indien de aanstaande moeder verzekerd is op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering, kan het medisch kraampakket worden aangevraagd. De aanvraag, die telefonisch kan worden gedaan, moet vóór de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO ontvangen zijn. Het pakket wordt gratis verstrekt.

14.6 Couveuse nazorg:

Als de moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering is verzekerd, kunt u de kosten van maximaal acht 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 drie maanden na de bevalling plaatsvindt;

- er geen sprake is van reguliere kraamzorg;

- u vooraf toestemming aan FBTO heeft gevraagd.

14.7 Lactatiekundige hulp:

FBTO vergoedt – als de moeder op de polis Aanvullende Zorg is verzekerd – de kosten van lactatiekundige hulp tot maximaal € 100,- per bevalling. De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

14.8 Sterilisatie:

FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. Voor vrouwelijke verzekerde(n) vergoedt FBTO de kosten van sterilisatie tot een maximum van € 750,- per verzekerde. Als er sprake is van sterilisatie bij een man, worden ten hoogste vergoed de kosten dagbehandeling. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).

14.9 Potentieverhogende middelen:

FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de middelen voorschrijft – als u voor vergoeding van de te maken kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen; in elk geval moeten de potentieverhogende middelen zijn geleverd door een apotheek of een apotheehoudende huisarts.

FBTO vergoedt maximaal € 150,- per mannelijke verzekerde van 21 jaar of ouder per kalenderjaar.

14.10 Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (IVF):

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.

Per betrokken vrouwelijke verzekerde wordt alleen de eerste poging vergoed. De eventuele tweede en derde poging vallen onder de verzekeringsdekking van de Overeenkomst Zorgverzekeringswet.

Een beroep op artikel 14.10 kunnen u of de verzekerden doen als de module Gezinsplanning ten minste in de voorafgaande 24 maanden – gerekend vanaf de ingangsdatum van de module Gezinsplanning – van kracht is geweest. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Gezinsplanning, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerden geen recht op vergoeding voor vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (IVF) hebben.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
MODULE THERAPIEËN**

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

15.1 Camouflagetherapie:

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

15.2 Fysiotherapie aan verzekerden van achttien jaar en ouder:

Een beroep op artikel 15.2 kunnen u of de verzekerde(n) doen als de module Therapieën ten minste een half jaar van kracht is geweest. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Therapieën, maar dat gedurende het eerste halfjaar u en de verzekerde(n) geen recht op vergoeding voor fysiotherapie hebben.

Om voor vergoeding van kosten van de eerste negen behandelingen in aanmerking te komen, moet er een verwijzing zijn door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist naar een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, een bekkentherapeut of een oedeemtherapeut.

FBTO vergoedt maximaal € 26,- per behandeling.

Als er sprake is van lymfedrainage, bekkentherapie of behandeling bij u thuis, kan het tarief met 50% verhoogd worden.

FBTO moet vooraf toestemming geven als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van de tiende en volgende behandelingen. De toestemming van FBTO is mede afhankelijk van het ingevulde en ondertekende behandelplan.

Na beëindiging van de individuele behandeling kan – na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist – de behandeling worden voortgezet door middel van groepstherapie. FBTO vergoedt maximaal € 60,- per verzekerde per maand over ten hoogste drie maanden. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.

15.3 Fysiotherapie aan verzekerden jonger dan achttien jaar:

Een beroep op artikel 15.3 kunnen u of de verzekerde(n) doen als de module Therapieën ten minste een halfjaar van kracht is geweest. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Therapieën, maar dat gedurende het eerste halfjaar u en de verzekerde(n) geen recht op vergoeding voor fysiotherapie hebben.

Om voor vergoeding van de kosten – in aanvulling op de aanspraken van de Zorgverzekeringswet – in aanmerking te komen, moet er een verwijzing zijn voor de vervolghan-

delingen door een huisarts of medisch specialist naar een fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, een bekkentherapeut of een oedeemtherapeut. FBTO vergoedt maximaal € 26,- per behandeling.

Als er sprake is van lymfedrainage, bekkentherapie, kinderfysiotherapie of behandeling bij u thuis, kan het tarief met 50% verhoogd worden.

FBTO moet vooraf toestemming geven als u in aanmerking wilt komen voor vergoeding van de tiende en volgende behandelingen. De toestemming van FBTO is mede afhankelijk van het ingevulde en ondertekende behandelplan.

Na beëindiging van de individuele behandeling kan – na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist – de behandeling worden voortgezet door middel van groepstherapie. FBTO vergoedt maximaal € 60,- per verzekerde per maand over ten hoogste drie maanden. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.

15.4 Kinder- en jeugdpsychologie:

Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen, moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- er is sprake van emotionele en/of gedragsproblemen in de thuissituatie, in de omgang met leeftijdgenoten of interactieproblemen in het gezin;
- de kortdurende psychologische zorg omvat de noodzakelijke diagnose en de daaruit voortvloeiende behandeling bij het kind en het gezin;
- de declaratie van de psycholoog geeft een helder inzicht in de data van behandeling en de aard van de contacten.

Niet voor vergoeding komen in aanmerking de kosten die betrekking hebben op:

- psychologische zorg voor het kind over problemen die vooral optreden binnen de schoolse omgeving;
- diagnostiek van onderwijsbelemmeringen, zoals dyslexie;
- behandeling door een (ortho)pedagoog.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling van een verzekerde door een kinder- of jeugdpsycholoog tot maximaal negen kortdurende behandelingen per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 57,- per kortdurende behandeling. FBTO vergoedt maximaal één kortdurende behandeling per dag.

- 15.5 Kuurreizen:
FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen, zoals organisatie van de reis door Interkuur.
Verzekerden die lijden aan reuma of aan de ziekte van Bechterew kunnen éénmaal per twee jaar in aanmerking komen voor deze regeling.
Indien er sprake is van voorafgaande toestemming, vergoedt FBTO maximaal € 1.000,-.
- 15.6 Manuele therapie:
U heeft recht op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen per kalenderjaar door een manueel therapeut. De vergoeding bedraagt maximaal € 39,- per behandeling.
- 15.7 Pedicurezorg:
Verzekerden die lijden aan suikerziekte of aan 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 die gespecialiseerd is in voetverzorging bij reumapatiënten of in het bezit van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.
FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde.
- 15.8 Podothérapie:
U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling door een podotherapeut tot maximaal € 25,- per bezoek en de aanschaf van podotherapeutische zolen. FBTO vergoedt maximaal één bezoek per dag. Voor de vergoeding van de behandelingen en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 15.9 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.
- 15.10 Psychologische hulp:
U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling van een verzekerde door een eerstelijns psycholoog tot maximaal negen kortdurende face-to-faceconsulten per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 57,- per consult. FBTO vergoedt maximaal één consult per dag.
(Ortho)pedagogie, testen en onderzoeken vallen niet onder de dekking.
- 15.11 Stottertherapie:
U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de methode Del Ferro. De verblijfskosten in het instituut waar de therapie wordt gegeven worden vergoed. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.
- 15.12 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen:
FBTO moet vooraf toestemming geven voor deelname aan een kamp voor astmatische kinderen (tot achttien jaar).
U heeft recht op vergoeding van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 15.13 Zittend ziekenvervoer:
FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen.
U heeft recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland als:
- het vervoer niet vergoed wordt volgens 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 € 0,24 per kilometer.
U kunt geen beroep doen op artikel 15.13 als er sprake is van:
- een eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet;
- vrijwillig gekozen eigen risico in de Overeenkomst Zorgverzekeringswet.

**PRODUCTVOORWAARDEN AANVULLENDE
ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN
(ACHTTIEN JAAR EN OUDER)**

 **H19** RECHTEN

Artikel 16 – Tandheelkundige hulp

- 16.1 Per verzekerd gezinslid heeft 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 voorzover de kosten hoger zijn dan in het Reglement Hulpmiddelen is vermeld.
- 16.2 Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten van deze module voor kronen, bruggen, inlay's, enkele implantaten en parodontologische behandelingen. De termijn van een halfjaar wachttijd geldt niet voor personen die op de dag van hun achttiende verjaardag de module Tandheelkundige hulp afsluiten.
- 16.3 De maximale vergoeding voor tandheelkundige hulp is op de polis vermeld. Tijdens het kalenderjaar kan de maximale vergoeding die op de polis staat niet gewijzigd worden.
- 16.4 Kosten die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder de module Tandheelkundige Hulp.



Verzekeren kan je zelf met FBTO.



Ik kan FBTO altijd bereiken.

Algemene informatie

(058) 234 59 05

www.fbto.nl

Hulp bij nood

FBTO Alarmcentrale (alleen bij nood)

+31 58 234 56 50

Dringende schademeldingen

(058) 234 56 00

038 11 05



POSTBUS 318,
8901 BC LEEUWARDEN
WWW.FBTO.NL

