

Voorwaarden aanvullende modules

1 januari 2013

Inhoudsopgave

Contact	P.3
Hoe te handelen	P.4
Algemene voorwaarden	P.17
Productvoorwaarden aanvullende modules	P.32
Module Alternatieve geneeswijzen	P.41
Module Buitenland	P.44
Module Calamiteiten	P.48
Module Gezichts zorg en Orthodontie	P.51
Module Gezinsplanning	P.58
Module Therapieën	P.62
Module Tandheekkundige hulp volwassenen	P.68
Module Extra Zorg	P.70
Losse aanvullende modules	P.75
Bijlagen	
Clausuleblad Terrorisme	P.77
Clausuleblad Ongevallen	P.82

Contact

Telefoon:

De afdeling Zorg is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 14.00 uur
(058) 234 56 78

Speciale telefoonnummers:

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

Fax:

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

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.
Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw 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 oorspronkelijke nota's (geen herinneringsnota'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. FBTO stuurt geen nota's retour. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie voordat u de nota opstuurt.

Declareren

Indien u gebruik maakt van MijnFBTO kunt u uw nota's online declareren. Doorloop hiervoor de volgende stappen: Ga naar MijnFBTO op fbto.nl en log in met uw gegevens.

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

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

Stap 3. Na het uploaden kunt u aangeven aan wie FBTO de nota betaalt, aan u of aan de zorgverlener. Graag eerst controleren of de nota goed leesbaar is voordat u uploadt. Als de begunstigde niet op de nota staat, maken wij het geld aan u over. Houd er daarbij rekening mee dat de nota aan u wordt betaald als (een gedeelte van) de nota voor uw rekening komt door uw verplicht of vrijwillig eigen risico.

Stap 4. Vervolgens verstuurt u de nota aan FBTO. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt een e-mail ter bevestiging.

FBTO verwerkt uw nota('s) binnen 2 werkdagen na ontvangst, met uitzondering van nota's ouder dan 12 maanden. Binnen 7 werkdagen ontvangt u, of de door u gekozen zorgverlener, de vergoeding.

Nadat u uw nota aan FBTO heeft toegezonden, vragen wij u de oorspronkelijke 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 controle op eventuele fraude.

Als u de nota niet digitaal kunt versturen, kunt u de oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) via de post naar FBTO sturen. Hiervoor moet u de volgende stappen volgen:

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

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

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

FBTO

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

FBTO verwerkt deze nota('s) binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding binnen 10 dagen na ontvangst op uw bankrekening staat of dat de door u gekozen zorgverlener binnen 10 dagen de vergoeding ontvangt.

Overschrijding van de door u gekozen vergoeding

Als de ingediende nota het door u gekozen maximum vergoedingsbedrag overschrijdt, dan maken wij het restant vergoedingsbedrag aan u over. U ontvangt van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Verplicht eigen risico

Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, geldt een verplicht eigen risico van €350,- per verzekerde per kalenderjaar. Op de aanspraak van zorg en de vergoeding van zorgkosten die in het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico ingehouden. De zorgkosten die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en dan op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 10 van de basisverzekering.

Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.

Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;
- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat ergens anders wordt gedaan en apart in rekening wordt gebracht. Voorwaarde hiervoor is dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten voor bruikleen artikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- a. een bedrag voor de inschrijving als patiënt, tot maximaal het beschikbaarheidstarief van de Wet marktordening gezondheidszorg;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de manier waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot maximaal 13 weken is verstreken. Voor levertransplantatie is deze periode 6 maanden;
 - zorg die wordt betaald met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Heeft u aanspraken of vergoedingen vanuit de basisverzekering gehad? En blijft er een bedrag over dat u zelf moet betalen, dan telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.

Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de zorgkosten hebben vergoed. Dan wordt het openstaande verplichte eigen risicobedrag met u verrekend. U heeft ons een volmacht verleend voor incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Wanneer u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar wordt, gaat het verplichte eigen risico in per de 1e van de maand volgende op de kalendermaand waarin u 18 wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd. Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.

Vrijstelling verplicht eigen risico

Vrijgesteld van het verplicht eigen risico is:

- de kosten van het online programma 'Kleur je Leven'.

Vrijstelling vindt alleen plaats als de volledige behandeling wordt gedaan.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico geldt een premiekorting. Deze kortingen staan in uw polis en op fbto.nl. U kunt uw vrijwillig eigen risico jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, artikel 4 lid 5 van de basisverzekering.

Het per verzekerde vrijwillig eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

Op het vrijwillig eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat ergens anders wordt gedaan en apart in rekening wordt gebracht. Voorwaarde hiervoor is dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten voor bruikleen artikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag voor de inschrijving als patiënt, tot maximaal het beschikbaarheidstarief van de Wet marktordening gezondheidszorg;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de manier waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot maximaal 13 weken is verstreken. Voor levertransplantatie is deze periode 6 maanden;
- zorg die wordt betaald met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

De zorgkosten die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en dan op het vrijwillig gekozen eigen risico. Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de zorgkosten hebben vergoed. Dan wordt het openstaande vrijwillig eigen risicobedrag met u verrekend. U heeft ons een volmacht verleend voor incasso van het vrijwillig eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Voor de bepaling van het vrijwillig eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van het jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het vrijwillig eigen risico naar evenredigheid verminderd.

Heeft u aanspraken of vergoedingen vanuit de basisverzekering gehad? En blijft er een bedrag over dat u zelf moet betalen, dan telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig eigen risico. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig eigen risico.

Kortingen bij vrijwillig eigen risico

In de tabel ziet u de kortingen op de premie voor de verschillende vrijwillige eigen risico's. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico?

Dan bestaat uw totale eigen risico uit het verplichte eigen risico van € 350,- plus het door u gekozen vrijwillig eigen risico (dus maximaal € 350,- + € 500,- = € 850,-).

Vrijwillig eigen risico	Premiekorting per jaar
€ 100,-	€ 50,-
€ 200,-	€ 100,-
€ 300,-	€ 150,-
€ 400,-	€ 200,-
€ 500,-	€ 250,-

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.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

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

Vragenformulier buitenlandse nota's

Wij verzoeken u de nota met het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft samen met het ingevulde vragenformulier in te sturen. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Wanneer u de nota samen met het formulier naar ons toestuurt, bespoedigt dit de afwikkeling van uw nota('s).

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

Bij behandelingen met toestemming vooraf geldt

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

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- bijzondere tandheelkunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- sensormatje;
- behandelingen in het buitenland;
- zittend ziekenvervoer

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.

De voordelen van uw basisverzekering:

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

Specsavers Opticiëns

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

FBTO Topfit

Of u nu wilt hardlopen, skeeleren of wandelen. Met FBTO Topfit kiest u zelf het programma dat bij je past. Ook kunt u hier terecht voor leukere en gezonde recepten. Deze interactieve sport-, bewegings- en voedingshulp is voor gratis. Ga naar fbtotopfit.nl.

Sportscholen Achmea Health Centers

Door heel Nederland kunt u de sportscholen van Achmea Health Centers vinden. Met de FBTO Zorgverzekering sport u hier wel heel voordelig. Laat uw FBTO Zorgpas zien en u krijgt 20% korting op het door u gekozen pakket.

FBTO Zorgregelaar

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

Telemonitoring bij chronisch hartfalen

Als u bent aangesloten bij Motiva via een gecontracteerd ziekenhuis kunt u met technische vragen over telemonitoring terecht bij de “Hartlijn” van het Medical Service Center van Achmea telefoonnummer +31 71 751 00 68. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 08.00 - 17.00 uur.

Cursus ‘Kleur je leven’

Deze internet cursus kan u helpen de toekomst positief en met zelfvertrouwen tegemoet te zien. Het programma is ontwikkeld door het Trimbosinstituut en gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven (RIVM). De cursus kan in eigen tijd en eigen tempo gevolgd worden. Om de online zelfhulpcursus te volgen, heeft u geen verwijzing van een arts nodig. Aanmelden kan op kleurjeleven.nl.

The Coach Program

Een hartinfarct of een andere aandoening van de kransslagaders in het hart zijn ingrijpende ervaringen. Het gevolg is vaak een verblijf in het ziekenhuis, een periode van revalidatie en regelmatige controles. The Coach Program[®] heeft als doel u door de ingrijpende periode van herstel te helpen. Deelname is gratis met uw basisverzekering van FBTO.

Vakantiedokter

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende vragen bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 02. De telefoon wordt opgenomen door een team van Nederlands sprekende deskundige verpleegkundigen en artsen. De Vakantiedokter geeft u geen vaccinatieadvies, maar kan u wel doorverwijzen. De Vakantiedokter kunt u bellen op maandag t/m vrijdag van 08:00 tot 17:00 uur. Buiten deze tijden kunt u voor spoedeisende zaken bellen met de Alarmcentrale Eurocross Assistance op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 50.

Zorgbemiddeling

Met deze unieke service heeft u toegang tot alle topspecialisten en ziekenhuizen uit ons wereldwijde zorgnetwerk. Wij zorgen er samen met onze partners voor dat alles geregeld wordt wanneer u voor een medische behandeling in het buitenland wordt behandeld. Dan kunt u zich volledig richten op uw herstel of behandeling.

FBTO Alarmcentrale

U kunt voor spoedeisende zaken bellen met de Alarmcentrale Eurocross Assistance op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 50.

Hulpmiddelenlijn

Via de Achmea Hulpmiddelenlijn vraagt u snel en makkelijk bruikleenmiddelen aan. Bel: 0900 - 200 80 10 (lokaal tarief). Dat kan van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. De Hulpmiddelenlijn bepaalt of en hoeveel geld u krijgt voor hulpmiddelen. U kunt

de volgende hulpmiddelen aanvragen via de Hulpmiddelenlijn:

- hoog/laagbedden
- trippelstoelen
- aangepaste stoelen
- personenalarmering

Zorg dat u uw burgerservicenummer bij de hand heeft als u belt.

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

- algemene chirurgie
- cardiologie/cardiochirurgie
- diagnostiek
- plastische chirurgie (na onze toestemming)

Meer informatie of aanvragen? Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

WeHelpen.nl WeHelpen.nl is opgezet als een marktplaats met slimme functies voor het vinden en verbinden, organiseren en delen van hulp, aangevuld met gerichte informatie aan hulpverleners en hulpbehoevenden. U kunt hulp organiseren, vragen en bieden. Kijk voor meer informatie op wehelpen.nl.

Wijzigen van modules

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

Wachttijden

Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende module(s)?

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

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt beëindigen en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende jaar weer aanzet, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt voortzetten in het daaropvolgende jaar, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Module Buitenland:

Iedere keer als u de Module Buitenland uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglasers een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden van toepassing.

Module Gezinsplanning:

Iedere keer als u de Module Gezinsplanning uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Therapieën:

Iedere keer als u de Module Therapieën uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden voor paramedische behandelingen.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Therapieën tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Module Tandheekundige hulp volwassenen:

Iedere keer als u de Module Tandheekundige hulp volwassenen uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking voor Tandheekundige hulp verhoogt van € 500,- naar € 750,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,-, een wachttijd van zes maanden.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Tandheelkundige hulp volwassenen tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voorbeelden

Module:	Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende module(s)?	Is er sprake van een nieuwe wachttijd bij het voortzetten van een aanvullende module in combinatie met de basisverzekering per 1 januari?	Is er iedere keer als u een Module uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, of als u een hogere dekking kiest, een wachttijd van toepassing?
Buitenland (vaccinatiekosten)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Gezichts- en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Gezichts- en Orthodontie (plastische chirurgie)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 24 maanden
Gezinsplanning (sterilisatie)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Therapieën (paramedische behandelingen)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Tandheelkundige hulp volwassenen	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden

Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een Basisverzekering en een (of meerdere) aanvullende module(s)?

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

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt beëindigen en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende jaar weer aanzet, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt voortzetten in het daaropvolgende jaar, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Module Buitenland:

Als u de Module Buitenland niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Buitenland uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

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

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden van toepassing.

Module Gezinsplanning:

Als u de Module Gezinsplanning niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing. Iedere keer als u de Module Gezinsplanning uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Therapieën:

Als u de Module Therapieën niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Therapieën uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking aanzet. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden voor paramedische behandelingen.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Therapieën tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Module Tandheelkundige hulp volwassenen:

Als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking voor Tandheelkundige hulp verhoogt van € 500,- naar € 750,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,-, een wachttijd van zes maanden.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Tandheelkundige hulp volwassenen tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voorbeelden

Module:	Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules?	Is er een wachttijd als u de aanvullende module gelijktijdig met de basisverzekering aanzet?	Is er iedere keer als u een Module uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, of als u een hogere dekking kiest, een wachttijd van toepassing?
Buitenland (vaccinatiekosten)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (plastische chirurgie)	Ja	Ja, 24 maanden	Ja, 24 maanden
Gezinsplanning (sterilisatie)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Therapieën (paramedische behandelingen)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Tandheelkundige hulp volwassenen	Ja	Nee	Ja, 6 maanden

18 jaar?

Voor verzekerden die 18 jaar zijn geworden en 1 of meerdere module(s) gelijktijdig met de basisverzekering aanzetten, vervalt de wachttijd (indien van toepassing).

Algemene Voorwaarden

H1	Algemene definities en basisafspraken	P.18
1	Onze algemene definities	
2	Onze basisafspraken	
H2	Geldigheidsduur en veranderingen	P.20
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.22
7	Wat verwacht FBTO van u als u verhuist?	
8	Waarom is goede adressering zo belangrijk?	
H4	Algemene regels en uitsluitingen	P.23
9	Welk recht en welke taal zijn van toepassing?	
10	Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?	
11	Wat zijn de gevolgen van fraude?	
12	Wat betekent de terrorismeclausule voor u?	
13	In welke gevallen kunt u geen beroep op FBTO doen?	
14	Welke kosten vergoedt FBTO niet?	
H5	Premie	P.27
15	Betaling van uw premie	
H6	Vergoeding van medische kosten	P.28
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.30
19	Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?	
H8	Klachten	P.31
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: is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V. K.v.K. 28080300 en is geregistreerd bij de AFM.
- b. u, uw: de persoon, die de overeenkomst sluit.
- c. verzekerde: de persoon of personen, die u met deze overeenkomst 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.
- f. Nederland: onder Nederland verstaan wij het land Nederland, met uitzondering van de bijzondere gemeenten Bonaire, Sint-Eustatius en Saba.

ARTIKEL 2 *Onze basisafspraken*

lid 1 Wij baseren deze overeenkomst met u op:

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

lid 2 De module(s) van de Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering beschrijven de verzekeringsdekking, die u gekozen hebt. De elektronische polis die u kunt raadplegen via MijnFBTO vermeldt welke module(s) van toepassing zijn op deze overeenkomst.

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

lid 3 MijnFBTO geeft u op elk moment van de dag inzage in uw FBTO Zorgverzekering. U kunt hier uw persoonlijke informatie raadplegen en/of wijzigingen doorgeven.

lid 4 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar:

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

lid 5 Aansprakelijkheid van derden:

- a De verzekeringsnemer of verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het verhalen van kosten op een eventueel aansprakelijke derde;
- b Wanneer a op u van toepassing is vragen wij u zo snel mogelijk ons te informeren.

H2 Geldigheidsduur en veranderingen

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

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

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

- lid 1** FBTO mag de premie en/of voorwaarden van deze overeenkomst wijzigen op een door FBTO te bepalen datum. Wij informeren u altijd over wijzigingen. Als u geen gebruik maakt van uw recht dat in artikel 4 lid 2 staat, dan stemt u in met de wijziging.
- lid 2** U mag binnen één maand nadat de wijziging in de voorwaarden van kracht is geworden FBTO via e-mail of 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 in-werkingtreding van de wijziging. Eventueel teveel betaalde premie betalen wij terug.
- lid 3** U hebt niet het recht de overeenkomst te beëindigen als:
- FBTO de premie verlaagt of u betere voorwaarden aanbiedt;
 - de wijziging het gevolg is van wettelijke regelingen (zoals een wijziging van de omvang van de zorg op grond van de AWBZ of een wijziging van de Zorgverzekeringswet);
 - de wijziging van de premie het gevolg is van de leeftijdsgebonden tariefstructuur,
 - de wijziging van de premie het gevolg is van het sluiten van de Overeenkomst Zorgverzekeringswet bij een andere verzekeringsmaatschappij dan FBTO.

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

- lid 1** U informeert FBTO schriftelijk, telefonisch of elektronisch over wijzigingen in de verzekerde gezinssamenstelling zoals geboorte, adoptie, echtscheiding, overlijden, vestiging van één of meer verzekerde(n) op een ander adres, of een wijziging van uw e-mailadres. Indien u ons later dan 30 dagen na de wijziging in uw gezinssamenstelling informeert gaat de wijziging in op de datum van melding. Eventueel teveel berekende premie wordt dan niet met u verrekend.

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

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

- lid 1** U kunt de overeenkomst per e-mail opzeggen binnen 14 dagen na ontvangst van de e-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 bij u de eventueel gedeclareerde zorgkosten terugvorderen.
- lid 2** U kunt de overeenkomst uiterlijk de laatste dag van iedere maand met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand opzeggen. Indien u de overeenkomst niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van 1 kalendermaand.
- lid 3** U kunt de overeenkomst op de volgende manieren opzeggen:
- Door de overeenkomst uiterlijk op de laatste dag van de maand schriftelijk of per e-mail bij ons op te zeggen;
 - Door gebruik te maken van de opzegservice die verzekeraars in het leven hebben geroepen. De opzegservice houdt in dat als u uiterlijk op de laatste dag van de maand een zorgverzekering sluit voor de daarop volgende maand, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Indien u niet wenst dat de nieuwe zorgverzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt kunt u dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering.
- lid 4** U kunt de overeenkomst opzeggen – binnen een termijn van uiterlijk twee maanden – als FBTO een redelijk vermoeden heeft dat u onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt in verband met deze overeenkomst en FBTO de verzekeringsdekking en/of de premie aanpast door de onjuiste of onvolledige informatie. Eventueel teveel betaalde premie wordt dan aan u terugbetaald.
- lid 5** FBTO kan de overeenkomst beëindigen per de datum, dat u of een verzekerde een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven of vervalste of misleidende stukken heeft overlegd; zie ook artikel 11.
- lid 6** FBTO kan de verzekeringsdekking voor u of een verzekerde beëindigen, als u of een verzekerde zich voor een periode van langer dan twaalf maanden buiten Nederland bevindt.
- lid 7** FBTO beëindigt de overeenkomst met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont.

H3 Verhuizen

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

lid 1 U stuurt FBTO – vòòr uw verhuizing – een adreswijziging.

lid 2 U informeert FBTO als u of een verzekerde voor een aaneengesloten periode van twaalf maanden of langer buiten Nederland verblijft; zie artikel 6 lid 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?*

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

ARTIKEL 10 *Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?*

lid 1 FBTO handelt volgens de “Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen” welke is opgenomen in de “Gedragscode Zorgverzekeraars”. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl). U kunt de gedragscode ook opvragen bij Zorgverzekeraars Nederland, Postbus 520, 3799 AM Zeist, telefoonnummer (030) 698 89 11.

lid 2 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. 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, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector. Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC Zeist. Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het 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 doorgeven via e-mail relatiebeheer@fbto.nl of schriftelijk aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

lid 3 Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers, administratieve dienstverleners e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de zorgver-

zekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

ARTIKEL 11 *Wat zijn de gevolgen van fraude?*

- lid 1** Onder fraude wordt verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzels.
- lid 2** Als er sprake kan zijn van fraude, heeft FBTO de mogelijkheid om een gespecialiseerd en gecertificeerd onderzoeksbureau in te schakelen. U bent verplicht mee te werken aan dit onderzoek. FBTO vergoedt de gedeclareerde kosten niet en zegt de overeenkomst op als u geen medewerking verleent aan dit onderzoek. U wordt door FBTO schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau geïnformeerd.
- lid 3** Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er geen uitkering plaatsvindt of dat al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. 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 expertisecosten en de onderzoekskosten aan u in rekening brengen.
- lid 4** FBTO mag de overeenkomst beëindigen volgens artikel 6 lid 5, tenzij u of de verzekerde kunt aantonen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerden.
- lid 5** FBTO kan aangifte doen van de fraude bij de politie.
- lid 6** FBTO registreert uw gegevens in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem; zie ook artikel 10 lid 2.
- lid 7** FBTO verricht in het kader van deze aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst materiële controle en/of fraudeonderzoek conform hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. FBTO hanteert hiervoor per (cluster) zorgsoort een controleplan. Dit controleplan is opvraagbaar.

ARTIKEL 12 *Wat betekent de terrorismeclausule voor U?*

- lid 1** FBTO is, zoals bijna alle verzekeraars in Nederland, aangesloten bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT). Daarom kan FBTO de schade-uitkering beperken als er sprake is van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke. Ook preventieve maatregelen, handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke beperken de schade-uitkering.

- lid 2** De volledige clausule 'Afwikkeling Claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.' is als bijlage opgenomen. Bovendien kunt u voor meer informatie kijken op www.terrorismeverzekerd.nl.

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

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

ARTIKEL 14 *Welke kosten vergoedt FBTO niet?*

- FBTO vergoedt niet de kosten, die verband houden met:
- lid 1** vorm- en/of uiterlijkveranderende operaties. FBTO kan – op een schriftelijk verzoek van u of uw arts – toestemming geven van deze regel af te wijken (bijvoorbeeld bij verminkingen door een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking);
- lid 2** haargroeimiddelen;
- lid 3** het ongedaan maken van kunstmatig verkregen sterilisatie;
- lid 4** niet erkende geneeswijzen, behalve als in de verzekerde modules hiervan wordt afgeweken.
Om voor vergoeding van kosten voor 'niet erkende geneeswijzen' in aanmerking te komen neemt u de regels, die hierbij worden gesteld strikt in acht;
- lid 5** de eigen bijdragen, die volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet voor uw rekening komen. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;
- lid 6** hulp, die een huisarts of medisch specialist verleent op een gebied, dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening van de huisarts of tot het specialisme van de medisch specialist;
- lid 7** kosten van vaccinaties (zoals bijvoorbeeld de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;

- lid 8** hulp, die verleend wordt in niet erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureaus, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden;
- lid 9** hulp, die verleend wordt door orthopedagogen;
- lid 10** overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privé-kliniek;
- lid 11** kosten van medische behandeling, die een zorgverlener aan zichzelf of zijn gezinsleden in rekening brengt;
- lid 12** vervoer om vanuit een medische instelling met weekeinde- of vakantieverlof te gaan;
- lid 13** het niet verschijnen van een verzekerde op een afspraak met de zorgverlener;
- lid 14** geneesmiddelen, die niet voldoen aan de begripsomschrijving 'Farmaceutische zorg' (zie artikel 1 Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering);
- lid 15** experimentele zorg en/of zorg, die niet voldoet aan de definitie 'medisch noodzakelijk' van artikel 1 van de Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering;
- lid 16** de volgende aan fysiotherapie gelieerde behandelingen: dry needling, shockwave, beweegcursussen, sport-, medische- en preventieve training,;
- lid 17** behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;
- lid 18** behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

H5 Premie

ARTIKEL 15 *Betaling van uw premie*

- lid 1** Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, incasseert FBTO het bedrag dat op de eerste premienota staat.
- lid 2** FBTO incasseert de eerste werkdag van iedere kalendermaand uw premie.
- lid 3** U mag geen premie en kosten, die FBTO in rekening brengt verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
- lid 4** FBTO deelt u mee wat de gevolgen zijn voor de geldigheid van deze overeenkomst als u te laat betaalt.
- lid 5** Als incasseren niet mogelijk is en deze overeenkomst uiteindelijk om die reden wordt beëindigd, dan wordt het openstaande bedrag verhoogd met incassokosten en wettelijke rente. Betaling van het gehele openstaande bedrag geeft u geen automatisch recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.
- lid 6** Uw betalingsverplichtingen blijven bestaan in de periode nadat deze overeenkomst is beëindigd.
- lid 7** FBTO kan het openstaande (premie)bedrag verrekenen met een u of de verzekerde toekomstige vergoeding uit deze overeenkomst. FBTO neemt titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek in acht.
- lid 8** U geeft uw bankinstelling geen opdracht voor het terugboeken van meer dan één termijnbetaling.
- lid 9** Automatische incasso
- Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
 - Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan de verzekeringnemer te versturen (dit is niet van toepassing voor de premie, de vooraankondiging hiervoor vindt eenmalig per jaar plaats via een bevestigings-email of brief).

H6 Vergoeding van medische kosten

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

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

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

- lid 1** U of de verzekerde hebben recht op vergoeding van de verzekerde kosten, die zijn gemaakt tijdens de periode dat deze overeenkomst van kracht is. Kosten die het gevolg zijn van schade ontstaan door gebeurtenissen voor de ingangsdatum van de verzekering komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- lid 2** De datum waarop de kosten zijn gemaakt, is bepalend voor de vaststelling van uw recht op vergoeding.
- lid 3** FBTO vergoedt uitsluitend oorspronkelijke nota's van zorgverleners niet ouder dan 36 maanden. Deze nota's moeten gespecificeerd zijn volgens de regels, die met de betreffende beroepsgroep van zorgverleners is afgesproken.
- lid 4** FBTO vergoedt alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen met in acht neming van artikel 14 van de Productvoorwaarden. Voor de definitie van 'medisch noodzakelijk' verwijzen wij naar artikel 1 van de Productvoorwaarden.
- lid 5** Nota's die betrekking hebben op behandelingen, die 12 maanden of langer geleden zijn verricht, worden vergoed met een vertraging van tenminste 3 maanden na het indienen van de nota's. FBTO heeft deze extra tijd nodig om onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de vordering. Bij het berekenen van het aan u toekomende bedrag houdt FBTO rekening met de reeds door u ontvangen (maximale) vergoedingen in het kalenderjaar waarop de nota betrekking heeft.
- lid 6** U hebt geen recht op vergoedingen van de verzekerde kosten als u of de verzekerde verplichtingen uit deze overeenkomst niet nakomen en FBTO aantoont dat daardoor haar belangen zijn geschaad.

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

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

- lid 1** FBTO schrijft het u toekomende bedrag over op het door u opgegeven rekeningnummer.
- lid 2** Als u of de verzekerde de nota van de zorgverlener 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 teveel betaalde terug te vorderen op de betreffende zorgverlener.
- lid 3** Als de zorgverlener de nota in verband met het invoeren 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 heeft rechtstreeks aan de zorgverlener.
- lid 4** Als u gebruik maakt van de FBTO Apotheek Service vergoedt FBTO de kosten voor medicijnen rechtstreeks aan de apotheker, met uitzondering van de eigen bijdrage. Deze service geldt niet voor medicijnen die vanuit de aanvullende module 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?*

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

H8 Klachten

ARTIKEL 20 *Hoe handelt u bij klachten?*

- lid 1** Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kunt u in eerste instantie voorleggen aan het management van de afdeling met wie u contact hebt.
- lid 2** Hebt u al een klacht ingediend bij de afdeling, maar bent u niet tevreden over de afhandeling? Dan hebt u de mogelijkheid dit geschil voor te leggen aan Klachtenmanagement FBTO. Deze onderzoekt uw klacht zorgvuldig. U ontvangt uiterlijk na drie weken een inhoudelijke reactie. Wij verzoeken u kort en bondig uw klacht te omschrijven en daarbij aan te geven waarom uw contacten met de afdeling niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. U kunt uw klacht sturen aan:
- FBTO/Klachtenmanagement FBTO
Postbus 50
8900 AB Leeuwarden
fax. (058) 234 57 02
e-mail: klachtenmanagement@fbto.nl of via fbto.nl
(zie Klantenservice)
- lid 3** Indien artikel 20 lid 2 niet (tijdig) leidt tot een oplossing, die voor u bevredigend is, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan:
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG Zeist
tel. 030- 698 83 60
fax. 030- 698 83 99
lees meer op: www.skgz.nl
- lid 4** Als u geen gebruik wilt maken van één of meer van de mogelijkheden, die onder lid 1 tot en met lid 3 zijn genoemd of u vindt de uitkomst niet bevredigend dan kunt u het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

PRODUCTVOORWAARDEN
AANVULLENDE MODULES

Productvoorwaarden aanvullende modules

H9	Definities	P.34
H10	Premie	P.39
H11	Geldigheidsgebied	P.40
	Module Alternatieve geneeswijzen	P.41
H12	Rechten	P.42
H13	Vergoedingen	P.43
	Module Buitenland	P.44
H14	Rechten	P.45
	Module Calamiteiten	P.48
H15	Rechten	P.49
	Module Gezichts zorg en orthodontie	P.51
H16	Rechten	P.52
	Module Gezinsplanning	P.58
H17	Rechten	P.59
	Module Therapiën	P.62
H18	Rechten	P.63
	Module Tandheekkundige hulp volwassenen	P.68
H19	Rechten	P.69
	Module Extra zorg	P.70
H20	Rechten	P.71

H9 Definities

ARTIKEL 1 *Onze aanvullende definities Zorgverzekering*

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

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

- Ergotherapeut*: Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- EU- en EER-staat: Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot-Britannië, Noord-Ierland en Gibraltar) 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.
De Nederlandse Antillen maken geen deel uit van de EER-landen.
Verdragsland: Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije;
- Farmaceutische zorg: De ter handstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement;
- Fysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG;
- Gezin: Twee volwassenen, die samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben alsmede een alleenstaande moeder of vader met een of meer kinderen. Tot het gezin behoren ook de ongehuwde eigen-, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. Voor deze kinderen moet aanspraak bestaan op kinderbijslag of een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering;
- GVS: Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS wordt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet geregeld. Geneesmiddelen die niet in het GVS zijn opgenomen, worden niet vergoed. Per geneesmiddel geldt ook een maximale vergoeding. Zodra een leverancier deze maximale vergoeding overschrijdt moet de verzekerde het bedrag boven de limiet zelf betalen. Deze eigen bijdrage wordt de GVS-bijdrage genoemd;
- GZ-psycholoog: Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet BIG;
- Hospice: Verblijf voor terminale patiënten;
- Huidtherapeut: Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, deze huidthera-

peut dient geregistreerd te zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH).

Zie hiervoor de website: huidtherapie.nl;

- 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 tandartsspecialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december;
- Kinderfysiotherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Kinder- of jeugdpsycholoog: Psycholoog, die is ingeschreven bij het NIP met de kwalificatie kinder- en jeugdpsycholoog;
- Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling;
- Logopedist*: Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- Mantelzorg: de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familieleden, vrienden, kennissen en burens;
- Manueel therapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Medisch adviseur: De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert;
- Medisch noodzakelijk: De noodzaak van verpleging, onderzoek en behandeling volgens in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen in een

ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of revalidatie-inrichting. Er is sprake van algemeen geaccepteerd medisch handelen als voor de behandeling een tarief is vastgesteld, dat is goedgekeurd door de Minister.

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

- medisch noodzakelijke zorg naar het buitenland gaan (vanuit Nederland) artikel 3 lid 3
- elektrische epilatie gezichtsbehairing artikel 13 lid 5
- plastische chirurgie (ooglid- en oorcorrecties) artikel 13 lid 7
- invriezen sperma en onbevuchte eicellen artikel 14 lid 4
- couveuse nazorg artikel 14 lid 6
- psoriasis dagbehandeling artikel 15 lid 6
- therapeutisch kamp voor astmatische kinderen artikel 15 lid 9

De genoemde artikelen geven uw rechten precies weer;

- Medisch specialist: Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- Mondhygiënist: Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist";
- Oedeemtherapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck*: Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut";
- Opname: Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden;
- Orthodontie: Gebitsregulatie;
- Orthodontist: Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Palliatieve zorg: Patiëntenzorg die gericht is op het verminderen (= verzachten, palliatie) van de pijn en andere klachten tijdens het laatste (= terminaal) stadium van een ongeneeslijke ziekte;
- Paramedische zorgverlener: De zorg, die verleend wordt door de zorgverleners, die in dit artikel zijn aangeduid met *;
- Pedicure: Een rechtmatig gevestigde pedicure, die in het bezit is van de door de

branche erkende vakdiploma's en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister voor pedicures beheerd door ProCERT;

- Podotherapeut: Podotherapeut, die voldoet aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Stichting Loop 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;
- Sportmassage: Een sportmasseur, die een licentie bezit van de NGS (Nederlands Genootschap voor Sportmassage) of NESM (Nederlandse Examen Stichting Sportverzorging en Massage);
- 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 op grond van de WFT en aanvullende zorgverzekeringsproducten aanbiedt.

H10 Premie

ARTIKEL 2 *Hoe wordt uw premie berekend?*

- lid 1** De premie wordt berekend op basis van de leeftijd van de verzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder.
- lid 2** Als tijdens de looptijd van deze overeenkomst de gezinssamenstelling wijzigt, wordt de premie aangepast aan de situatie, die op dat moment ontstaat.
- lid 3** Als één of meerdere verzekerde gezinsleden verhuizen, bijvoorbeeld in verband met een studie, wordt de premie aangepast aan de situatie, die op dat moment ontstaat.

H11 Geldigheidsgebied

ARTIKEL 3 *In welke landen bent u verzekerd?*

- lid 1** U kunt een beroep doen op deze overeenkomst als de zorg in Nederland wordt verleend.
- lid 2** Lid 1 is niet van toepassing op de Module Buitenland. Spoedeisende zorg in het buitenland kan onder deze module worden gedeclareerd.
- lid 3** U kunt – voorafgaande aan de zorgverlening – schriftelijk een verzoek indienen bij de medisch adviseur van FBTO als u de medische zorg buiten Nederland wilt 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. U kunt uw polis raadplegen via MijnFBTO.nl.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

H12 Rechten

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

- lid 1** De zorg moet gegeven worden door een alternatief genezer of therapeut die voldoet aan de door FBTO opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen of raadplegen op fbto.nl. U raadpleegt de lijst 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.
- lid 2** Voor de kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast, kunt u kiezen uit 2 verschillende vergoedingsbedragen. Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot:
Keuze 1: maximaal € 500,-;
Keuze 2: maximaal € 750,-.
- lid 3** Per bezoeksdatum wordt maximaal een bedrag van € 35,- vergoed als de behandeling wordt uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij een beroepsvereniging die op de beroepsverenigingenlijst van FBTO staat vermeld.
- lid 4** Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. FBTO kan beoordelen of dit inderdaad het geval is.
- lid 5** U heeft recht op vergoeding van de huur van een APS-apparaat. Meer informatie hierover vindt u op apstherapy.com. De kosten van de huur komen ten laste van het gekozen maximum vergoedingsbedrag van € 500,- of € 750,-.

H13 Vergoedingen

ARTIKEL 6 *Welke antroposofische, homeopathische- en zelfzorg geneesmiddelen worden vergoed?*

- lid 1** Wij vergoeden maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2** Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door een (huis)arts. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Tevens vergoeden wij homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding u.a. (uitsluitend apotheek) mits deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen. Voor een overzicht van al deze middelen verwijzen wij u naar de Geneesmiddelenlijst KNMP op fbto.nl.
- lid 3** Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen. De zelfzorg geneesmiddelen moeten zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Hulp. Deze kosten voor zelfzorggeneesmiddelen worden vergoed vanuit de basisverzekering als ze chronisch (dat wil zeggen langer dan 6 maanden) gebruikt moeten worden. Hierbij geldt dat u deze medicijnen de eerste 15 dagen zelf moet betalen. Wij vergoeden de kosten van de eerste 15 dagen dat u deze medicijnen gebruikt.
- lid 4** De medicijnen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- lid 5** Medicijnen, die geleverd worden door andere leveranciers dan in artikel 6 lid 4 zijn genoemd, worden niet vergoed.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE BUITENLAND

H14 Rechten

ARTIKEL 7 *Welke rechten heeft u bij Spoedeisende Zorg in het buitenland?*

- lid 1** Als u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland verblijft, heeft u of het verzekerd gezinslid recht op spoedeisende medische zorg als het verblijf in het buitenland korter is dan 365 dagen aaneengesloten. Spoedeisend betekent dat niet bekend was, dat tijdens het verblijf in het buitenland spoedeisend medische hulp ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan onze medisch adviseur.
- lid 2** Bij spoedeisende medische hulp hebt u of het verzekerd gezinslid recht op:
- kosten van behandeling door een arts;
 - kosten van medicijnen, die door de arts worden voorgeschreven onder overlegging van het recept, mits de voorgeschreven medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen volgens het GVS;
 - verpleegkosten in verband met opname in een plaatselijk – door de overheid - erkend ziekenhuis. U of verzekerde(n) overleggen vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname; indien dit overleg vooraf niet mogelijk is, wordt de FBTO Alarmcentrale zo spoedig mogelijk over de opname geïnformeerd. Er kan u een deel van de verpleegkosten in rekening worden gebracht als door de te late informatie aan de FBTO Alarmcentrale de belangen van FBTO zijn geschaad;
 - kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.
- lid 3** Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en de verzekerde(n) verlenen medewerking aan dit onderzoek.
- lid 4** U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:
- repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen.
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk.
 - vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring, rekening houdend met artikel 8 lid 2.

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

lid 6 U heeft recht op vergoeding van tandheelkundige behandeling ontstaan door een ongeval in het buitenland tijdens de verzekerde periode. Zie hoofdstuk 2 Geldigheidsduur en veranderingen, artikel 3 van de voorwaarden aanvullende modules. Binnen drie dagen na het ongeval geeft u het inroepen van tandheelkundige hulp door aan de FBTO Alarmcentrale.

Ook is er dekking als tijdens de verzekerde periode tandheelkundige hulp moet worden ingeroepen die niet uitgesteld kan worden tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten die gemaakt worden in verband met pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Tandheelkundige behandeling wordt niet vergoed als het inroepen van de tandheelkundige hulp te voorzien was vóór het ingaan van de reis. U of de verzekerden tonen aan dat het inroepen van de hulp redelijkerwijs niet te voorzien was. Tandheelkundige behandeling wordt niet vergoed als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in het clauseleblad Ongevallen die als bijlage is opgenomen.

De nota's voor de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen worden vergoed tot een maximum bedrag van € 500,- per verzekerde per ongeval. Na ontvangst van de oorspronkelijke nota('s) (dus geen herinneringsnota) van de tandarts betaalt FBTO het bedrag uit.

ARTIKEL 8 *Welke rechten heeft u bij Persoonlijke Hulpverlening Buitenland?*

lid 1 U of de verzekerde leden van het gezin hebben recht op persoonlijke hulpverlening als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

lid 2 Recht op persoonlijke hulpverlening bestaat alleen als zo spoedig mogelijk contact wordt opgenomen met de FBTO Alarmcentrale. Alleen de kosten, die met de (voorafgaande) instemming van de FBTO Alarmcentrale zijn gemaakt, worden vergoed.

lid 3 Bij opname van u of de verzekerde(n) in een buitenlands ziekenhuis worden vergoed:

- de reiskosten van maximaal twee personen voor overkomst en terugkeer naar Nederland als de opname ten minste vijf dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn.
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van één persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van verzekerde kinderen (tot 16 jaar). Dit geldt ook voor lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin als de begeleider door omstandigheden, die zich tijdens de reis hebben voorgedaan, hiertoe niet in staat is.
- de verblijfskosten van hen, die uit Nederland zijn overgekomen, voor in totaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze vergoeding geldt in totaliteit en niet per overgekomen persoon.

lid 4 Als tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin overlijdt dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:

- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
- de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Als transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk is, vergoeden wij - in overleg met de direct betrokkenen - maximaal de kosten dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

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

lid 5 Als er sprake is van ziekenhuisopname van u of de verzekerden vergoedt FBTO in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

lid 6 Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land.

lid 7 Als tijdens de reis door ziekte of ongeval van u of de verzekerden - naar oordeel van de medisch adviseur van de FBTO Alarmcentrale - de terugreis met een motorrijtuig niet kan worden begonnen tegen het einde van de vakantie, organiseert de FBTO Alarmcentrale - voor rekening van FBTO - een bestuurder voor het motorrijtuig.

lid 8 Als u de module Buitenland niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, geldt voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden na het aanzetten van deze module. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Buitenland, maar dat gedurende een periode van 6 maanden u en de medeverzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding van de vaccinatiekosten.

In het kader van een buitenlandse reis vergoedt FBTO tot maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar de volgende vaccinatiekosten:

- Cholera
- DTP
- Gele koorts
- Hepatitis A/B
- Malaria
- Tyfus

U krijgt geen vergoeding voor:

- overige, hierboven niet genoemde ziektes;
- vaccinaties die onder het landelijk vaccinatieprogramma vallen.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de vaccinaties zijn toegediend door een zorgverlener die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reisadviesing (LCR).

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE CALAMITEITEN

H15 Rechten

ARTIKEL 9 *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, waardoor rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamenlijk 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 maximaal € 2.500,- bij overlijden. De kosten van tandheelkundige hulp door het ongeval worden vergoed tot maximaal € 1.000,- per verzekerde als deze kosten voor uw rekening komen. De Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en Productvoorwaarden van de Ongevallenverzekering van FBTO zijn van toepassing. U kunt deze voorwaarden raadplegen op fbto.nl. Op uw verzoek ontvangt u de Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en de Productvoorwaarden per post van FBTO.

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

Indien een bij u op de FBTO polis meeverzekerd minderjarig kind is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, komt u in aanmerking voor vergoeding van uw reiskosten voor ziekenbezoek. Wij vergoeden deze reiskosten als de minimale afstand van uw woonplaats naar het ziekenhuis 25 kilometer bedraagt. De vergoeding bedraagt € 0,31 per kilometer met een maximum van € 300,- per verzekerd kind per kalenderjaar.

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

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.

Met de eigen bijdrage wordt bedoeld dat de instelling een bepaald bedrag in rekening brengt. Dit zijn de kosten van overnachting van de gezinsleden. Dit kan in een Ronald McDonald huis of een ander gasthuis zijn. Als de opgenomen patiënt bij FBTO is verzekerd, kunnen de meeverzekerde gezinsleden de kosten bij FBTO declareren. Voorwaarde is dat de Module Calamiteiten afgesloten moet zijn.

Herstellingsoord:

Deze verzekering vergoedt, afhankelijk van de medische indicatie, de kosten van opname in een gecontracteerd herstellingsoord tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

FBTO moet vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U kunt hiervoor een aanvraag bij ons indienen door een medische verklaring van de behandelend

specialist of een aanvraag van een gecontracteerd herstellingsoord. U heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

ARTIKEL 12 *Abonnementskosten bij personenalarmering.*

De abonnementskosten bij personenalarmering worden vergoed uit deze module. Het te vergoeden bedrag is € 5,61 per maand. De leverancier voor de personenalarmering is Eurocross Assistance. Voor uw aanvraag belt u met de hulpmiddelenlijn: 0900 - 200 80 10 (lokaal tarief).

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZICHTSZORG EN ORTHODONTIE

H16 Rechten

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

lid 1 Acné:

Als de (huid)arts verwijst – in verband met een ernstige vorm van acné in gezicht of hals – naar een schoonheidsspecialist(e) of huidtherapeut vergoedt FBTO maximaal € 250,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt. De huidtherapeut dient geregistreerd te zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH). Zie hiervoor de website: huidtherapie.nl.

lid 2 Brillen en lenzen:

Als u de module Gezichts zorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, geldt voor vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden na het aanzetten van deze module. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Gezichts zorg en Orthodontie, maar dat gedurende een periode van 6 maanden u en de medeverzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren.

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat 1 keer per 3 kalenderjaren recht bestaat op een vergoeding voor brillen bij Specsavers, Eye Wish Groeneveld, Collectief van Zelfstandige Opticiens of bij een opticien/optiekbedrijf van uw keuze of een vergoeding voor lenzen bij Specsavers, Eye Wish Groeneveld, Collectief van Zelfstandige Opticiens of bij een opticien/ optiekbedrijf van uw keuze.

Heeft u gekozen voor een vergoeding voor een bril dan ontvangt u geen vergoeding voor lenzen (en omgekeerd).

Alleen op vertoon van uw zorgpas komt u in aanmerking voor de genoemde kortingen. Neem daarom uw zorgpas mee naar de opticien.



Brillen Specsavers

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat er recht bestaat op een vergoeding voor brillen bij Specsavers. Als er sprake is van samenloop met een kortingsactie (bijvoorbeeld 2 brillen voor de prijs van 1) van Specsavers, geldt de voor u en de medeverzekerde(n) gunstigste kortingsactie. Als de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u is, vervalt daarmee de kortingsregeling van FBTO

bij Specsavers. Kijk op [specsavers.nl](https://www.specsavers.nl) voor een Specsavers vestiging bij u in de buurt.

Verzekerde(n) vanaf 16 jaar

U heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op vergoeding van een bril tot maximaal € 150,-. Specsavers geeft u en de verzekerde(n) 25% korting op het aankoopbedrag van een complete enkelvoudige bril (montuur, glazen en glasopties). Of u krijgt op varifocale brillen een korting van 30% op een complete bril (montuur, glazen en glasopties). De 2e bril of varifocale bril gratis bij monturen vanaf € 99,-. U kunt kiezen uit een montuur van dezelfde of lagere prijsklasse en dezelfde standaard enkelvoudige of dezelfde varifocale glazen.

Bovendien krijgt u 25% korting op de aankoopprijs van een complete merkzonnebril met glazen zonder sterkte (montuur, glazen en glasopties) voor monturen vanaf € 69,- of 25% korting op een complete zonnebril met glazen op sterkte (montuur, glazen en glasopties) of 30% korting op een complete varifocale zonnebril met glazen op sterkte (montuur, glazen en glasopties).

Verzekerde(n) van 10 tot 16 jaar

U heeft per 3 jaar recht op 2 kinderbrillen uit de 'teenreeks' voor in totaal € 139,- bestaande uit een montuur, standaard enkelvoudige glazen en gratis kraswerende coating. De totale winkelwaarde hiervan is € 308,-.

Verzekerde(n) jonger dan 10 jaar

U heeft jaarlijks recht op een kinderbril uit de 'kidsmontuurreeks' van € 50,- bestaande uit een montuur, standaard enkelvoudige glazen en gratis kraswerende coating. De totale winkelwaarde hiervan is € 74,-. De vergoeding door FBTO is € 50,- en van Specsavers krijgt u € 24,- korting. Kiest u jaarlijks voor een kinderbril die niet uit de 'kids montuurreeks' komt, dan geeft Specsavers 25% korting op het aankoopbedrag. De vergoeding door FBTO is dan € 50,-.



Lenzen Specsavers

Specsavers geeft u en de verzekerde(n) de eerste maand gratis lenzen bij het eerste 6 maanden abonnement (7 maanden lenzen, 6 maanden betalen). Vervolgens krijgt u 10% korting op elk volgend 6 maanden abonnement. FBTO vergoedt éénmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin.



Brillen Eye Wish Groeneveld

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat 1 keer per 3 kalenderjaren recht bestaat op een vergoeding voor brillen bij Eye Wish Groeneveld. Kijk op [eyewishgroeneveld.nl](https://www.eyewishgroeneveld.nl) voor een Eye Wish Groeneveld vestiging bij u in de buurt.

Verzekerde(n) tot 13 jaar

FBTO vergoedt éénmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U krijgt € 80,- korting op het hele assortiment kinderbrillen voorzien van geharde en ontspiegelde glazen op sterkte voor kinderen t/m 12 jaar. Gratis kinderbrilverzekering voor schade en verlies.

Verzekerde(n) vanaf 13 jaar

FBTO vergoedt 1 keer per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U krijgt € 60,- korting op een complete enkelvoudige bril voorzien van geharde en ontspiegelde glazen op sterkte. Kiest u voor een complete multifocale bril voorzien van geharde en ontspiegelde glazen op sterkte dan krijgt u € 120,- korting. Bij een tweede complete enkelvoudige bril voorzien van geharde en ontspiegelde glazen op sterkte voor dezelfde persoon krijgt u € 120,- korting. En bij een tweede complete multifocale bril voorzien van geharde en ontspiegelde glazen op sterkte voor dezelfde persoon krijgt u € 240,- korting.



Lenzen Eye Wish Groeneveld

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat 1 keer per 3 kalenderjaren recht bestaat op een vergoeding voor lenzen bij Eye Wish Groeneveld. FBTO vergoedt eenmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. Ook krijgt u 15% korting op contactlenzen en toebehoren (contactlensvloeistoffen en contactlenshouders). Ook krijgt u gratis contactlenscontroles bij aanschaf van contactlenzen.



Brillen bij het Collectief van Zelfstandige Opticiens

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat 1 keer per 3 kalenderjaren recht bestaat op een vergoeding voor brillen bij het Collectief van Zelfstandige Opticiens. De kortingsregelingen (en aanbiedingen) gelden niet in combinatie met andere acties bij uw Zelfstandige Opticien. Kijk op cvzo.nl voor het Collectief van Zelfstandige Opticiens vestiging bij u in de buurt.

FBTO vergoedt 1 keer per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. Heeft u de aanvullende module Gezichts zorg en Orthodontie? Dan verhoogt uw Zelfstandige Opticien deze vergoeding met 25% en verrekenst deze onmiddellijk als korting op uw factuur.

- Bij aanschaf van een complete bril gratis oogmeting.
- Indien de oogmeting daartoe aanleiding geeft, volgt een basis optometrisch onderzoek.
- Uw Zelfstandige Opticien verzorgt de declaratie bij uw zorgverzekeraar.

- Bij aankoop van een complete bril worden de glazen gratis verzekerd, of kunt u (met 15% korting) de hele bril inclusief glazen verzekeren.
- U ontvangt bij aflevering van uw bril een gratis reinigungsset.



Lenzen Collectief van Zelfstandige Opticiens:

Per verzekerd lid van het gezin geldt dat 1 keer per 3 kalenderjaren recht bestaat op een vergoeding voor lenzen bij Collectief van Zelfstandige Opticiens. De kortingsregelingen (en aanbiedingen) gelden niet in combinatie met andere acties bij uw Zelfstandige Opticien.

FBTO vergoedt 1 keer per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. Heeft u de aanvullende module Gezichtsorg en Orthodontie? Dan verhoogt uw Zelfstandige Opticien deze vergoeding met 25% en verrekenet deze onmiddellijk als korting op uw factuur.

- Bij aanschaf van contactlenzen jaarlijkse gratis oogmeting.
- Indien de oogmeting daartoe aanleiding geeft, volgt een basis optometrisch onderzoek.
- Uw Zelfstandige Opticien verzorgt de declaratie bij uw zorgverzekeraar.
- U ontvangt bij de 1e aflevering van uw contactlenzen een gratis contactlenzenreisset.

Vergoeding bij een opticien of optiekbedrijf van uw keuze

Vergoeding brillen

FBTO vergoedt éénmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de oorspronkelijke aanschafnota van een bril bij een opticien of optiekbedrijf van uw keuze aan ons toesturen.

Vergoeding lenzen

FBTO vergoedt éénmaal per 3 kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de oorspronkelijke aanschafnota van de lenzen bij een opticien of optiekbedrijf van uw keuze aan ons toesturen.

lid 3 Ooglaseren:

Als u de module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, geldt voor vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden na het aanzetten van deze module. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Gezichtsorg en Orthodontie, maar dat gedurende een periode van 6 maanden u en de medeverzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren.

U en de verzekerde(n) hebben recht op vergoeding van een ooglaserverhandeling

uitgevoerd door VisionClinics (onderdeel van Bergman Clinics). FBTO vergoedt maximaal € 400,- per verzekerde eenmalig tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt.

lid 4 Gehoorapparaten en pruiken:

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

lid 5 Elektrische epilatie 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 plaatsvindt.

Als FBTO toestemming verleent, vergoedt FBTO maximaal € 500,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt.

lid 6 Orthodontie:

FBTO vergoedt de kosten voor gebitsregulatie door een tandarts of een orthodontist tot € 2.500,- voor verzekerden tot achttien jaar. Dit bedrag geldt voor de periode van 3 aaneengesloten jaren, waarbij de volgende vergoeding wordt aangeboden: jaar 1: € 1.000,-, jaar 2: € 750,-, jaar 3: € 750,-. Deze vergoeding is niet per kalenderjaar. Het eerste jaar begint te lopen vanaf de eerste behandeldatum.

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

Voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder bedraagt de vergoeding € 350,- voor de looptijd van de verzekering.

De genoemde vergoedingsbedragen gelden voor de looptijd van de verzekering.

lid 7 Plastische chirurgie:

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

Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:

- Correctie van bovenoogleden
- Correctie van oorstand voor verzekerden tot 18 jaar

De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts of specialist en wordt door FBTO beoordeeld. Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

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

lid 8 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 looptijd dat aanvullende verzekering geldt.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZINSPLANNING

H17 Rechten

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

lid 1 Sensormatje:

U kunt het sensormatje bestellen bij onze leverancier Nanny Care Benelux (nannycare.nl).

Bereikbaar via de Infolijn 0515 - 820 203 of via email info@nannycare.nl.

Voorwaarde is dat u een toelichting geeft waarom het sensormatje wordt aangevraagd. Deze toelichting moet u vervolgens indienen bij Nannycare. Kiest u voor aanschaf van een sensormatje bij een niet-gecontracteerde leverancier dan vergoedt FBTO maximaal € 79,- per bevalling. FBTO moet hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.

lid 2 Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg:

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

lid 3

Kraamzorg bij adoptie of kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap: Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot 12 maanden of kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap. De vergoeding geldt voor maximaal 3 dagen, gedurende 3 uur per dag tot een maximum van € 300,- per (adoptie)kind.

Kraamzorg en verloskundige zorg voor de draagmoeder zelf wordt vergoed uit de basisverzekering.

lid 4 Invriezen sperma en onbevuchte eicel:

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,- tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt. Het betreft hier medische verrichtingen die niet onder de basisverzekering vallen.

lid 5 Kraampakket:

Indien de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, kan een (medisch) kraampakket worden aangevraagd. De aanvraag moet vòòr de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO ontvangen zijn. U kunt dit pakket zowel telefonisch als via fbto.nl aanvragen. Het pakket wordt gratis verstrekt.

lid 6 Couveuse nazorg:

Als de moeder op de polis van de aanvullende verzekering de module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, kunt u de kosten van maximaal 15 uren kraamzorg (binnen 10 dagen na ontslag uit het ziekenhuis) declareren, wanneer er sprake is van één van de volgende situaties:

- bij couveusekinderen
- een vacuümverlossing
- keizersnede
- meerling (bij thuiskomst van de baby('s) binnen 3 maanden na de bevalling)

Uw kraamcentrum dient vooraf toestemming te vragen aan FBTO.

lid 7 Lactatiekundig advies:

Indien de moeder op de polis Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, vergoedt FBTO de kosten van lactatiekundig advies en/of cursus borstvoeding tot maximaal € 100,- per bevalling. De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen of in het bezit zijn van het certificaat IBCLC. Kiest u voor dit pakket? Dan kunt u geen gebruik meer maken van het Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP). Zie lid 14 Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP).

lid 8 Sterilisatie:

Als u de Module Gezinsplanning niet gelijktijdig met de basisverzekering afsluit, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing. FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of door een huisarts mits deze aan de gestelde voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea voldoet. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).

lid 9 Potentieverhogende middelen:

Opvoorschrift van een arts die de middelen voorschrijft. Er moet in ieder geval sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke stoornis. Dit moet blijken uit een verklaring van de behandelend arts. De potentieverhogende middelen moeten zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.

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

lid 10 Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho):

FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening of nekplooiemeting op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 100,-.

lid 11 Anticonceptie:

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder:

FBTO geeft een volledige vergoeding voor anticonceptiva (o.a. de pil, pessaria en spiralen) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.

Lady-Comp:

In plaats van een vergoeding voor anticonceptiva kan de vrouwelijke verzekerde van 21 jaar en ouder ook kiezen voor een eenmalige vergoeding van € 250,- gedurende de looptijd van de verzekering voor de kosten van een Lady-Comp of een Pearly.

Meer informatie op ladycomp.nl.

Het plaatsen van een spiraal wordt niet vergoed vanuit deze module, maar vanuit de basisverzekering.

Vrouwelijke verzekerden tot 21 jaar:

Voor verzekerden tot 21 jaar blijven de anticonceptiva onder de dekking van de basisverzekering vallen.

FBTO vergoedt de eigen bijdrage(n) van anticonceptiva die volgens het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

lid 12 EHBO cursus:

De vergoeding is alleen van toepassing op cursussen gegeven via "IedereenEHBO" en geldt eenmalig voor de looptijd van de verzekering per verzekerde. Meer informatie vindt u op iedereenehbo.nl. U ontvangt van FBTO een vergoeding voor:

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

lid 13 Plaswekker:

Voor aanschaf of huur van een plaswekker neemt u vooraf telefonisch contact met ons op, of U raadpleegt onze zorgzoeker op fbto.nl. U wordt dan verwezen naar een gecontracteerde leverancier. De maximale vergoeding is € 100,- per persoon tijdens de gehele looptijd dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt..

lid 14 Borstvoeding Begeleiding Pakket (BBP):

Het borstvoeding begeleiding pakket bestaat uit persoonlijke lactatiekundige begeleiding van de zwangere vrouw, jonge moeder, partner en pasgeborene. U kunt deze zorg afnemen bij zorgverleners die zijn aangesloten bij Makibo. Makibo werkt uitsluitend met IBCLC gecertificeerde lactatiekundigen. Voor meer informatie of inschrijving ga naar Makibo.nl.

FBTO geeft een vergoeding tot maximaal € 450,- per zwangerschap. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking. Bij afname van dit pakket kunt u geen aanspraak meer doen op de algemene lactatiekundige vergoeding uit de module gezinsplanning. Zie lid 7 Lactatiekundig advies.

Het BBP is t.w.v. € 500,- FBTO geeft een vergoeding van € 450,- en u betaalt een eigen bijdrage van € 50,-.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE THERAPIEËN

H18 Rechten

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

lid 1 Paramedische zorg

Als u de Module Therapieën niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing. De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden voor paramedische behandelingen.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Therapieën tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voor verzekerden die 18 jaar zijn geworden en de module Therapieën gelijktijdig met de basisverzekering aanzetten, vervalt deze wachttijd.

De paramedische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, is (kinder)fysiotherapie, (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck, bekkentherapie, manueel therapie en oedeemtherapie. Het gaat in alle gevallen om medisch noodzakelijke behandelingen. Fysiotherapeuten moeten BIG geregistreerd zijn. Dit kunt u controleren op bigregister.nl. Een (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck kan geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manuele therapie wordt vergoed als:

- a) de fysiotherapeut een specialisatie/bevoegdheid heeft voor manueel therapie.
- b) de fysiotherapeut de opleiding tot manueel therapeut bij de beroepsvereniging VMT of NVMT heeft gevolgd. Manueel therapie/geneeskunde door een arts of andere genezer wordt vergoed vanuit de Aanvullende module Alternatieve geneeswijzen.

Oedeemtherapie wordt vergoed als:

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

Voorwaarde is dat er een verwijzing door een huisarts, specialist of bedrijfsarts moet zijn. Afhankelijk van uw keuze heeft u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten:

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

FBTO geeft voor fysiotherapie en oefentherapie een vergoeding die ten laste komt van het door u gekozen maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis. Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie of behandeling bij u thuis geldt een hogere vergoeding.

Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck kunt u volgen in groepsverband. Voor alle vormen van fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck vergoeden wij één behandeling per dag.

Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's. Voor groepstherapie ontvangt u een vergoeding die afhankelijk is van de omvang/grootte van de groep.

Hydrotherapie komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het wordt gegeven onder begeleiding van een BIG geregistreeerde fysiotherapeut. De vergoeding bedraagt € 5,- per verzekerde per behandeling. Per week wordt maximaal 1 behandeling vergoed. Deze vergoedingen zijn onderdeel van het door u gekozen maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis.

Het is mogelijk dat u fysiotherapie in het buitenland volgt. FBTO heeft geen contracten afgesloten met fysiotherapeuten die in het buitenland werkzaam zijn. Bij een eventuele vergoeding wordt er uitbetaald aan de hand van het ongecontracteerde tarief. Voor een overzicht van de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar de tarievenlijst Paramedische Zorg op fbto.nl.

lid 2

Eigen bijdrage ADHD medicijnen:

FBTO vergoedt de eigen bijdrage die in rekening wordt gebracht in het kader van het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor de ADHD-medicijnen en melatonine die door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog worden voorgeschreven. Afhankelijk van uw keuze hebt u per verzekerde per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten:

- Keuze Basis kent geen vergoeding voor ADHD-medicijnen en melatonine.
- Keuze Extra kent geen vergoeding voor ADHD-medicijnen en melatonine.
- Keuze Top: De vergoeding voor ADHD medicatie en melatonine samen voor

verzekerden tot 18 jaar is maximaal € 250,- per jaar en voor verzekerden vanaf 18 jaar en ouder is de vergoeding maximaal € 125,- per jaar.

lid 3 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 looptijd dat de aanvullende zorgverzekering geldt.

U moet hiervoor zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

lid 4 Pedicurezorg:

Verzekerden, die lijden aan diabetes, reuma, multiple sclerose, een dwarslaesie of amyotrofische lateraal sclerose (ALS) kunnen voor voetverzorging een beroep doen op deze regeling.

Pedicure:

Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een pedicure. FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. FBTO moet voor aanvang van de behandeling een éénmalige verwijzing van de huisarts hebben ontvangen.

De pedicure moet de kwalificatie hebben van het certificaat 'Diabetische voet' (DV) en/of 'Reumatische voet' (RV) en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

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

Medisch Pedicure:

Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € 32,50 per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde. FBTO moet voor aanvang van de behandeling een éénmalige verwijzing van de huisarts hebben ontvangen.

De pedicure moet opgenomen zijn in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert als medisch pedicure.

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

lid 5 Voedingsvoorlichting:

Voor voedingsvoorlichting (niet-medisch) is geen verwijzing nodig en is de vergoeding maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar. Er is vergoeding mogelijk wanneer de voedingsvoorlichting wordt gegeven door een diëtist of door een BGN geregistreerd gewichtsconsulent. De eventuele vergoeding wordt altijd overgemaakt aan de verzekerde.

- lid 6** Psoriasis dagbehandeling:
 FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten voor psoriasis in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling gaat verzorgen of de instelling waar de behandeling wordt gedaan.
 Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO maximaal € 675,- per verzekerde per kalenderjaar. Dit geldt voor kosten gemaakt in een psoriasis dagbehandelcentrum.
- lid 7** 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 of 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 5 zittingen die vanuit de basisverzekering worden vergoed, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagooggeneralist en/of seksuologisch hulpverlener. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- de zorg ten hoogste 7 zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
 - de zorg kan ook gegeven worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;
 - voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 20,- per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 39 van de basisverzekering.
- lid 8** Stottertherapie:
 U heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de Del Ferro- of de Hausdörfermethode. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt.
- lid 9** Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen:
 FBTO moet vooraf toestemming geven voor deelname aan een kamp voor astmatische kinderen (tot achttien jaar).
 U hebt recht op vergoeding van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 10** Zittend ziekenvervoer:
 FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen.

De Vervoerslijn bepaalt of u recht hebt op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak hebt. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is +31 71 365 41 54 (lokaal tarief - bereikbaar op werkdagen van 8.00 uur tot 18.00 uur).

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.

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 95,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,31 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route, die door FBTO wordt vastgesteld.

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

PRODUCTVOORWAARDEN

MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN

H19 Rechten

ARTIKEL 16 *Welke rechten heeft u bij de module Tandheelkundige hulp?*

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

Keuze 1: maximaal € 250,-;

Keuze 2: maximaal € 500,-;

Keuze 3: maximaal € 750,-.

Let op! Een tandtechniker is geen erkende zorgverlener; nota's van een tandtechnisch laboratorium vergoeden wij daarom niet.

lid 1 Per verzekerd gezinslid hebt u recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp volgens het UPT tarief; ook de kosten van parodontologie en de mondhygiënist komen voor vergoeding in aanmerking. De kosten van een tandprotheticus worden vergoed voor zover de kosten hoger zijn dan in het Reglement Hulpmiddelen is vermeld.

lid 2 Als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking voor Tandheelkundige hulp verhoogt van € 500,- naar € 750,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Tandheelkundige hulp volwassenen tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voor het doorgeven van wijzigingen in uw aanvullende modules kunt u terecht op fbto.nl. Voor verzekerden die 18 jaar zijn geworden en de module tandheelkundige hulp gelijktijdig met de basisverzekering afsluiten vervalt deze wachttijd.

lid 3 Als onderdeel van de door u gekozen maximale vergoeding, vergoedt FBTO de kosten van de op de basisverzekering in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothese.

lid 4 Kosten, die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder de module Tandheelkundige Hulp. Deze kosten worden vergoed uit de module Gezichts zorg en Orthodontie.

lid 5 Kaakchirurgie:

De kosten voor een ongecompliceerde extractie uitgevoerd door een kaakchirurg worden vergoed tot het door u gekozen maximum bedrag.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE EXTRA ZORG

H20 Rechten

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

lid 1 Vergoeding Gezinszorg:

U heeft recht op vergoeding van € 75,- per dag met een maximum van € 750,- per kalenderjaar per volwassen verzekerde wanneer een van de volwassenen in het gezin (mits de module Extra Zorg is meeverzekerd) te maken krijgt met een ziekenhuisopname of een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking. Deze vergoeding geldt onder dezelfde condities ook als u alleen op de polis verzekerd bent.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient er een behandeling door een (para)medicus plaats te vinden. De zorgverlener/gezins hulp moet zijn ingeschreven bij de kamer van Koophandel. Het te vergoeden bedrag mag uitsluitend gebruikt worden om tijdelijke professionele hulp in de huishouding in te huren. Diensten die worden vergoed zijn:

- oppascentrale,
- hondenuitlaatservice,
- thuiszorg,
- witte werkster,
- bezorgkosten van de boodschappenservice, bijvoorbeeld boodschappen die via de internetsite zijn besteld,
- tussenschoolse opvang van de kinderen.

lid 2 Vergoeding van overnachtings- en vervoerskosten en vergoeding van meerkosten bij gecontracteerde zorg in het buitenland:

Overnachtingskosten:

U ontvangt een vergoeding wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling. Wij vergoeden voor uw verzekerde gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. U heeft recht op een vergoeding van € 75,- per dag gedurende de duur van de opname. Deze vergoeding geldt voor alle bij FBTO verzekerde gezinsleden tezamen.

Voorwaarden

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

Vervoerskosten:

Voor vervoer van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,31 per kilometer met een maximum van € 300,- per opname per indicatie per verzekerde.

Meerkosten gecontracteerde buitenlandse zorg:

100% vergoeding van de eventuele extra kosten van de behandeling in het buitenland (overschrijding Nederlands tarief).

- lid 3** Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis:
FBTO vergoedt tijdens de gehele looptijd dat de aanvullende verzekering geldt eenmalig € 750,- voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis.
Let op: verblijf in een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeghuis of een bejaardenoord/verzorgingshuis, wordt niet vergoed.
- lid 4** Vervangende mantelzorg:
In verband met vakantie of ziekte van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na toestemming van FBTO, recht op vergoeding voor vervangende mantelzorg.
U ontvangt een vergoeding van maximaal 21 dagen per kalenderjaar tot maximaal € 140,- per dag via stichting Handen-in-huis.
Meer informatie: www.handeninhuis.nl
- lid 5** Sportarts en Sportmasseur:
Wij vergoeden sportmedisch onderzoek /sportmedische keuringen, blessure consults, vervolgbehandelingen en sportmassage tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
De behandeling, sport medisch onderzoek /sportmedische keuringen, blessure consults en vervolgbehandelingen moet uitgevoerd worden door een sportarts bij een Sportmedisch Advies Centrum (SMA), een Sport Medisch Centrum (SMC) of een Sport Geneeskundig Advies Centrum (SGA). De SMA, SMC of SGA moet lid zijn van de Federatie van Sportmedische Instellingen. Zie sportgeneeskunde.com.
De sportmassage dient uitgevoerd worden door een sportmasseur, die een licentie bezit van de NGS (Nederlands Genootschap voor Sportmassage) of NESM (Nederlandse Examen Stichting Sportverzorging en Massage).
- lid 6** Beeldhorloge:
De verzekerde heeft vanaf de leeftijd van 8 jaar recht op een vergoeding voor een Beeldhorloge. Het Beeldhorloge is een horloge dat werkt met afbeeldingen. Op van tevoren in te stellen momenten vertoont het Beeldhorloge een afbeelding (pictogram of foto) van de activiteit die op dat moment aan de orde is. Het verschijnen van dit pictogram gaat vergezeld van een geluids- en trilsignaal. Zo wordt de drager van het Beeldhorloge er op geattendeerd dat er een nieuwe activiteit gaat plaatsvinden. Het Beeldhorloge is ontwikkeld voor mensen die moeite hebben met klokkijken en hulp nodig hebben bij het zich oriënteren in de tijd. Daarnaast biedt het Beeldhorloge hulp bij het structureren van de dag en het herinnert gebruikers aan afspraken en activiteiten. Het plannen van activiteiten met bijbehorende afbeeldingen kan op een speciaal voor het Beeldhorloge ontwikkelde website. De geplande activiteiten worden automatisch en draadloos naar het juiste Beeldhorloge verstuurd. Dit loopt via een speciaal hiervoor ontwikkeld abonnement. Voor meer informatie kunt u de website www.beeldhorloge.nl bezoeken.
- Wie mag deze zorg verlenen**
U kunt het Beeldhorloge bestellen via het bestelformulier op www.beeldhorloge.nl.
Als verzekerde van FBTO krijgt u het horloge dan de eerste twee maanden gratis

op proef, zodat u kunt proberen of het aan uw verwachtingen en/of behoefte voldoet. U betaalt in deze periode alleen de abonnementskosten.

Uitsluitingen

- Er bestaat geen recht op vergoeding als de verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling.
- De abonnementskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

FBTO vergoedt eenmalig € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering.

lid 7 Vergoeding van de Achmea health Fittest tot maximaal € 150,- per jaar.

De Achmea health Fittest bestaat uit :

- Fittest met training – en lifestyle advies (bewegen en voeding).
- 6 weken sporten bij een Achmea health Center.
- 2 uur begeleiding 1 op 1 van een Personal trainer.
- Eindevaluatie en toekomstig advies.

Kiest u voor dit pakket? Dan kunt u geen gebruik meer maken van het aanbod in lid 8 van de Module Extra Zorg voor diverse pakketten bij de Achmea health Centers.

lid 8 FBTO geeft een bijdrage van maximaal € 150,- per jaar voor diverse pakketten bij de Achmea health Centers. Het actuele aanbod kunt u vinden op fbto.nl.

De bijdrage van € 150,- voor een pakket geldt niet als u al een abonnement heeft bij Achmea health Centers.

Kiest u voor dit pakket? Dan kunt u geen gebruik meer maken van het aanbod in lid 7 van de Module Extra Zorg voor de Achmea health Fittest bij de Achmea health Centers.

lid 9 Steunzolen (klassieke orthopedische steunzolen):

Wij vergoeden € 75,- per persoon per 2 kalenderjaren. De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen (NVOS/Orthobanda, Stichting Loop of het Omni Podo Genootschap). Ook als een leverancier SEMH-gecertificeerd is voor orthopedische schoenen voldoet deze aan de kwaliteitseisen. Reparaties/aanpassingen aan steunzolen worden niet vergoed.

lid 10 Podotherapie:

U heeft recht op vergoeding van:

- podotherapeutische- of podologische zolen
- bezoeken aan de zorgverlener in verband met de aanschaf van podotherapeutische - of podologische zolen
- podotherapeutische- en instrumentele behandelingen
- materiaalkosten

De zorgverlener dient aangesloten te zijn bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of als Registerpodoloog bij Stichting LOOP. Er geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger). Deze behandeling valt onder de aanspraak van de FBTO Basisverzekering zie: artikel 42 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus.

lid 11 Vergoeding voor atherosclerose:

Het betreft de vergoeding voor vroegdiagnose ter voorkoming van atherosclerose. Atherosclerose of aderverkalking is een aandoening waarbij de slagaders vernauwd raken, hetgeen een goede werking van het vaatstelsel in de weg staat. FBTO vergoedt onderzoek naar atherosclerose uitgevoerd door Meditel. De vergoeding bedraagt € 55,- per persoon per kalenderjaar.

PRODUCTVOORWAARDEN
LOSSE AANVULLENDE MODULES

Losse aanvullende modules

U kunt de in deze voorwaarden genoemde aanvullende modules ook los afnemen (dus zonder de verplichte basisverzekering). Daarbij gelden echter een aantal afwijkende spelregels. Deze staan hieronder weergegeven. Ook geldt dan een afwijkende premiestelling.

De spelregels zijn als volgt:

- Op elke aanvullende module is standaard een wachttijd van 6 maanden van toepassing. Uitzondering hierop zijn de plastisch chirurgische ingrepen binnen de module Gezichtsorg & Orthodontie, daarvoor geldt een wachttijd van 24 maanden. Tijdens de wachttijd betaalt u wel premie, maar kunt u niet declareren.
- De aanvullende modules zijn niet per maand opzegbaar, maar kennen een looptijd vanaf de ingangsdatum tot 1 januari van het nieuwe kalenderjaar.
- Naast de reguliere premie worden per module administratiekosten in rekening gebracht. Deze zijn voor dit jaar vastgesteld op € 25,- per module per jaar. Deze administratiekosten worden maandelijks in gelijke delen toegevoegd aan de maandpremie.
- Het is niet mogelijk gedurende het kalenderjaar een hogere of een lagere dekking af te sluiten. Een verhoging of verlaging van de dekking is alleen mogelijk per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar.

BIJLAGE
CLAUSULEBLAD TERRORISME

Clausuleblad terrorismedekking

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

ARTIKEL 1 *Begripsomschrijvingen*

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

lid 1 Terrorisme:

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

lid 2 Kwaadwillige besmetting:

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

lid 3 Preventieve maatregelen:

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

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

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

lid 5 Verzekeringsovereenkomsten:

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

lid 6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

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

ARTIKEL 2 *Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico*

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

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

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

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

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

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

ARTIKEL 3 *Uitkeringsprotocol NHT*

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

lid 2 De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

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

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

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

BIJLAGE
CLAUSULEBLAD ONGEVALLLEN

Clausuleblad Ongevallen

Er is geen recht op een uitkering als

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

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

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

U heeft geen recht op een uitkering als Hoofdstuk 4 Algemene regels en uitsluitingen, artikel 11 of 13 van de Zorgverzekering van toepassing is.

Meer weten?

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

Internet **fbto.nl**

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

Telefoon **(058) 234 56 78**

De verzekeringsvoorwaarden geven de rechten en verplichtingen weer. Als u niet tevreden bent over de polis, heeft u de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst zonder opgaaf van redenen binnen veertien dagen na ingangsdatum te beëindigen. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

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