



VOORWAARDEN FBTO ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Inhoud	pagina
1. Inleiding	2
2. Begripsomschrijvingen	3
3. Grondslag van de verzekering	5
4. Samenloop	5
5. Vergoedingen van de FBTO Modulepolis	5
Basismodule	5
Module Huisarts	7
Module Therapieën	8
Module Alternatieve geneeswijzen	9
Module Bevalling & kraamzorg	10
Module Tandheelkundige hulp jeugd & orthodontie(tot 18 jaar)	10
Module Tandheelkundige hulp volwassenen (18 jaar en ouder)	11
6. Sluimerverzekering	11
7. Buitenlanddekking	11
8. Kosten die we niet vergoeden	12
9. Uitsluitingen	12
10. Vrije keuze van artsen	13
11. Verplichtingen bij schade	13
12. Eigen risico	13
13. Vergoeding van uw nota's	13
14. Premiebetaling	14
15. Ingangsdatum en duur van uw verzekering	14
16. Wijziging van premies en/of voorwaarden	15
17. Wijzigingen en einde van uw verzekering	15
18. Fraude	16
19. Geschillen en klachtenregeling	16
20. Bescherming van persoonsgegevens	16
21. Persoonlijke hulpverlening in het buitenland	17
22. Hoe te handelen als u een beroep wilt doen op uw Modulepolis	19

Formulier: Aangifte ziekenhuisopname/bevalling/kraamzorguitkering

Ingangsdatum 1 januari 2005

1. INLEIDING

BELANGRIJKE TELEFOONNUMMERS

Verkoop en informatie

- (058) 234 55 55 Voor een offerte of informatie in verband met eventuele wijziging in uw verzekering, bijvoorbeeld:
- uitbreiden van de huidige dekking;
 - het meeverzekeren van één of meerdere personen;
- kunt u bellen met onze verkoop en informatieafdeling.
- (058) 234 55 54 Faxnummer.

Beheer (Polisadministratie)

- (058) 234 55 50 Voor vragen over de polis of de premienota en het doorgeven van de onderstaande wijzigingen kunt u dit nummer bellen.
- U moet FBTO binnen een maand in kennis stellen van:
- geboorte;
 - huwelijk;
 - echtscheiding;
 - overlijden;
 - adreswijziging;
 - verandering van bank- of gironummer.
- Inschrijving bij een ziekenfonds moet binnen 30 dagen worden gemeld.
- (058) 234 53 64 Faxnummer.

Schade (Opname en vergoedingen)

- (058) 234 53 30 Melden van opname of ontslag uit een ziekenhuis of verpleeginrichting of vragen over de FBTO Zorgbemiddeling/zorggarantie.
- (058) 234 53 33 Voor vragen over vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist.
- (058) 234 56 53 Voor vragen over afwikkeling schadenota's (declaraties).
- (058) 234 53 12 Faxnummer.
- (058) 234 56 46 FBTO-Telefoondokter®. Elke maandag tussen 19.00 en 21.00 uur. (Behalve op feestdagen).

ATTENTIE!

Hoe te handelen als u een beroep wilt doen op uw modulepolis vindt u beschreven in artikel 22 op pagina 19.

Denkt u eraan op alle correspondentie en nota's uw polisnummer te vermelden?

2. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Afkortingen

In deze voorwaarden worden o.a. de volgende afkortingen gebruikt:

AWBZ : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

CTG : College Tarieven Gezondheidszorg

KNMP : Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie

NIP : Nederlands Instituut van Psychologen

NVMT : Nederlandse Vereniging voor Manueel Therapie

NVOS : Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoenmakers

ROEP : Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen

SNWLK: Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen

UPT : Uniforme Particuliere Tandartstarieven

VMT : Vereniging voor Manuele Therapie

In deze voorwaarden wordt verstaan onder:

Alarmcentrale

De FBTO Alarmcentrale, telefoon (058) 234 56 50.

Arts

Een in Nederland gevestigde en geregistreerde arts, die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen.

Audiologische hulp

Onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering en voorlichting over gehoorapparatuur en psychosociale hulp als gevolg van een gestoorde gehoorfunctie.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Gezin

Twee gehuwden of twee personen die samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding hebben. Tot een gezin behoren ook de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 27 jaar. Er moet dan wel aanspraak bestaan op kinderbijslag of een uitkering uit hoofde van de Wet op de Studiefinanciering. Ook indien u voor een kind recht heeft op buitengewone lastenaf trek wegens voorziening in levensonderhoud ingevolge artikel 9 van de Uitvoeringsregeling Inkomstenbelasting 1990, behoort dat kind tot het gezin.

Huisarts

Een zorgverlener die in Nederland, in uw woonplaats of naaste omgeving, is gevestigd en geregistreerd staat als huisarts en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent.

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, die door de internationale wetenschap is beproefd en deugdelijk is bevonden.

Orthodontie

Gebitsregulatie.

Regeling Farmaceutische Zorg

De Regeling Farmaceutische Zorg is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Hieronder wordt ook begrepen de regeling Dieetpreparaten.

Reglement Hulpmiddelen

Het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling gericht op het opheffen, verminderen, of overwinnen van een handicap die het gevolg is van een stoornis of beperking in het bewegingsapparaat. De hulp dient te worden gegeven door een team van deskundigen onder leiding van een specialist. Het team dient verbonden te zijn aan een door de overheid erkende instelling voor revalidatie.

Specialist

Arts, die zich heeft bekwaamd in een bepaald onderdeel van de geneeskunde en als specialist geregistreerd staat.

Sportmedisch Adviescentrum

Een Sportmedisch Adviescentrum dat is aangesloten bij de Federatie van Sport Medische Adviescentra.

Trombosedienst

Organisatie die iemand met een bloedstollingstoornis kan behandelen, controleren en begeleiden.

U (verzekeringnemer)

Degene die de verzekering heeft afgesloten.

U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het polisblad.

Verzekerde

De op uw polis als verzekerde genoemde personen.

Wij/ons/FBTO/zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.

Ziekenhuis/centrum

Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling en als dusdanig door de Nederlandse overheid erkend.

Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto, huurauto, veerboot of helikopter van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar een zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk ziekenvervoer is sprake indien het om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer.

3. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

- 3.1 Aanmelding voor de verzekering geschiedt door invulling van het aanvraagformulier (eventueel digitaal). U (verzekeringnemer) bent verplicht het aanvraagformulier volledig en naar waarheid in te vullen en te ondertekenen.
- 3.2 Alle tot het gezin behorende personen dienen voor dezelfde modules te worden aangemeld. Dit geldt niet voor de module Tandheelkundige hulp volwassenen. De verzekering moet blijven gelden voor alle gezinsleden.
Dit geldt niet voor personen die:
 - verplicht bij het ziekenfonds verzekerd zijn;
 - verplicht bij een publiekrechtelijke instelling verzekerd zijn;
 - op een Standaardpakketpolis verzekerd zijn.
- 3.3 Het aanvraagformulier en de andere door of namens u verstrekte gegevens maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst.
Als u (verzekeringnemer) tijdens de aanvraagprocedure omstandigheden verzwijgt of onze vragen onjuist of onvolledig beantwoordt, kunnen wij ons beroepen op vernietigbaarheid van de verzekeringsovereenkomst.

4. SAMENLOOP

Indien u, wanneer de met ons gesloten verzekering niet bestond, aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige (andere)

- wet of wettelijke regeling;
- publiekrechtelijke regeling;
- verzekering, al dan niet van oudere datum;
- subsidieregeling;
- overeenkomst;
- voorziening;

is de met ons gesloten verzekering eerst in de laatste plaats geldig.

5. VERGOEDINGEN VAN DE MODULEPOLIS

De verzekering is van kracht voor de op de polis vermelde modules.

BASISMODULE

Audiologische hulp

Wij vergoeden de kosten van audiologische hulp, indien dit is voorgeschreven door een arts.

Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek worden vergoed mits wij daarvoor vooraf toestemming hebben verleend.

Geneesmiddelen

Wij vergoeden de geneesmiddelen die u zijn voorgeschreven door uw huisarts of specialist. De medicijnen dienen geleverd te zijn door een apotheker of een apotheekhoudend huisarts. Op deze vergoeding is de Regeling Farmaceutische Zorg van toepassing. Deze regeling is een onderdeel van deze voorwaarden en zullen wij u op verzoek toezenden. Tevens word(t)(en) de eigen bijdrage(n) volgens die regeling alsmede orale anticonceptiva voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder vergoed. Per voorschrift worden de kosten van de geneesmiddelen vergoed voor een periode van maximaal een half jaar.

Hulpmiddelen

Wij geven een vergoeding voor de kosten van aanschaf, vervanging, herstel of het in bruikleen hebben van medische hulpmiddelen. De medische hulpmiddelen dienen eenvoudig van uitvoering te zijn en voorgeschreven te zijn door de behandelend arts. U dient vooraf om toestemming te vragen waarbij wij nadere voorwaarden kunnen stellen.

Op deze vergoeding is het Achmea Reglement Hulpmiddelen van toepassing. Dit Reglement is een onderdeel van deze voorwaarden en zullen wij u op verzoek toezenden.

Leukemie bij kinderen

De kosten die de SNWLK in rekening brengt voor de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten worden volledig vergoed.

Mechanische beademing

U krijgt van ons, mits op voorschrift van de specialist, de kosten van deze mechanische beademing vergoed.

Nierdialyse

De kosten van nierdialyse worden door ons volledig vergoed. Indien er sprake is van thuisdialyse heeft u eveneens recht op vergoeding van bepaalde "niet medische" kosten. U dient ons vooraf om toestemming te vragen waarbij wij nadere voorwaarden kunnen stellen.

Orgaantransplantaties

Na onze toestemming worden de kosten van een transplantatie vergoed. Ook de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties in rekening gebracht door Eurotransplant, worden vergoed. U dient vooraf wel toestemming te vragen aan ons. De kosten van medische behandeling die de donor maakt, worden ook vergoed. Tevens heeft de donor recht op vergoeding van de medisch noodzakelijke kosten, gemaakt in verband met de transplantatie, gedurende maximaal drie maanden nadat de donor uit het ziekenhuis is ontslagen.

Preventieve geneeswijzen (door huisarts of specialist)

U krijgt de kosten vergoed van:

- baarmoederhals-(uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- prostaatonderzoek (vanaf 45 jaar);
- inenting tegen hondsdolheid;
- hart- en bloedvatenonderzoek.

In het kader van een buitenlandse reis kunt u maximaal 1 maal per kalenderjaar de kosten claimen van de volgende vaccinaties en geneesmiddelen:

- Malaria profylaxe;
- DTP;
- Geelzucht;
- Tyfus;
- Cholera;
- Gammaglobuline.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de vaccinaties zijn toegediend door een huisarts of GGD.

Revalidatie

De kosten van revalidatie worden vergoed indien deze hulp, gezien de handicap, als meest doeltreffend is aangewezen en de verzekerde met de hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden.

In alle gevallen geldt dat vooraf schriftelijk toestemming dient te zijn gegeven.

Ronald McDonaldhuis en andere logeerhuizen

Indien een meeverzekerd gezinslid in een ziekenhuis is opgenomen, wordt de eigen bijdrage die u moet betalen bij verblijf in een logeerhuis dat verbonden is aan het ziekenhuis volledig vergoed.

Specialistische hulp

Indien u wordt doorverwezen door de huisarts of de bedrijfsarts naar een specialist krijgt u de kosten volledig vergoed. Ook de kosten van een second opinion consult komen voor vergoeding in aanmerking.

Hieronder vallen niet de kosten die verband houden met tandheelkundige implantaten.

Sportmedisch Adviescentrum

Wij vergoeden maximaal twee consulten per kalenderjaar bij een sportarts in een sport-medisch adviescentrum. Onder consult wordt o.a. niet verstaan het uitvoeren van behandelingen en (sport)medische onderzoeken en/of keuringen.

Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van een sterilisatie volledig met dien verstande dat bij een sterilisatie van de man ten hoogste de kosten van een poliklinische behandeling worden vergoed.

Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

U heeft recht op een volledige vergoeding van tandheelkundige behandelingen in een aantal bijzondere gevallen waarbij de functie van het kauwstelsel ernstig is verstoord. Deze gevallen, waarvan wij u een omschrijving op aanvraag kunnen toezenden en de voorwaarden waaronder vergoeding wordt verleend, staan vermeld in een speciale regeling die onderdeel uitmaakt van deze voorwaarden. Het recht op vergoeding bestaat indien wij daartoe vooraf toestemming hebben gegeven.

Tandheelkundige implantaten

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten die verband houden met het inbrengen daarvan in de kaak, onder de voorwaarde dat:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.

U dient vooraf toestemming te vragen door middel van een behandelplan, waarbij wij nadere voorwaarden kunnen stellen. Van deze kosten vergoeden wij maximaal € 1.250,00. Dit maximum blijft van kracht, ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

De genoemde vergoedingslimiet is van toepassing op alle kosten, zoals onder andere het honorarium van de specialisten, de ziekenhuiskosten, de infrastructuur en de mesostructuur.

Trombosedienst

De kosten van hulp door een trombosedienst worden door ons vergoed, indien de specialist u deze hulp heeft voorgeschreven.

Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U krijgt de kosten vergoed van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie. Daarnaast kan een tegemoetkoming in de kosten van bijzondere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen worden verstrekt. Maximaal drie pogingen komen per behandelde vrouwelijke verzekerde in aanmerking. Deze behandeling komt voor vergoeding in aanmerking na het verstrijken van een wachttijd van twee jaar, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering. U moet wel van tevoren toestemming vragen, waarbij wij het recht hebben nadere voorwaarden te stellen.

Ziekenhuisopname

Alle kosten in verband met een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname worden vergoed.

Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt vergoed in geval van vervoer naar de dichtstbijzijnde medische instelling, fysiotherapeut of niet-klinisch werkzame psychiater, die adequate zorg kan verlenen. Vergoeding vindt plaats na beoordeling door onze medisch adviseur.

Na toestemming vergoeden wij, indien u met eigen vervoer gaat € 0,18 per kilometer.

MODULE HUISARTS

Voor een huisartsconsult krijgt u het honorarium vergoed. Ook de kosten van een second opinion consult worden aan u vergoed.

MODULE THERAPIEËN

Camouflagetherapie

U krijgt de kosten van camouflage therapie, inclusief de cosmetische producten, vergoed tot maximaal € 100,00 gedurende de looptijd van de verzekering. De therapie moet worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Dieetadvisering

Door een arts of tandarts voorgeschreven voorlichting, met een medisch doel, over voeding en eetgewoonten wordt vergoed tot een maximum van € 200,- per verzekerde per jaar. De voorlichting dient verleend te worden door een diëtist.

Ergotherapie

U heeft, na verwijzing door een arts of specialist, recht op vergoeding van maximaal 10 uren ergotherapie per persoon per kalenderjaar. De vergoeding vindt plaats volgens de wettelijk vastgestelde tarieven.

Fysiotherapie/oefentherapie

Voor fysiotherapeutische hulp door een fysiotherapeut of hulp door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck worden, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of specialist, 9 behandelingen vergoed. Wij vergoeden per behandeling maximaal € 23,00 per persoon per dag. Voor kinderfysiotherapie, lymfedrainage en behandeling bij de verzekerde thuis mag 50% toeslag in rekening worden gebracht. Om in aanmerking te komen voor vervolgbehandeling dient u vooraf toestemming te vragen door middel van een behandelplan. Groepsfysiotherapie komt na beëindiging van de individuele fysiotherapie voor vergoeding in aanmerking. Dit alleen op voorschrift van een arts of specialist. Wij vergoeden groepsfysiotherapie voor een periode van maximaal 3 maanden. De maximale vergoeding bedraagt € 60,- per persoon per maand. Onder groepsfysiotherapie wordt niet verstaan; medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.

Kortdurende kinder- en jeugdpsychologische hulp

Wij vergoeden aan u de kosten van 9 behandelingen per kalenderjaar voor kortdurende psychologische zorg door een kinder- en jeugdpsycholoog, geregistreerd bij het NIP. Dit wordt vergoed wanneer er sprake is van emotionele en/of gedragsproblemen in de thuis-situatie en in de omgang met leeftijdsgenoten of van interactieproblemen in het gezin. De psychologische zorg betreft gerichte interventies bij het kind en het gezin, alsmede de daarvoor noodzakelijke diagnostiek. De psycholoog draagt zorg voor een gespecificeerde rekening, waarin datum en aard van de contacten worden gespecificeerd. Per afspraak (bezoekdatum) vergoeden wij een bedrag van € 57,-.

De kosten die niet worden vergoed, zijn de kosten van psychologische zorg wanneer de problemen van het kind vooral optreden binnen de schoolse context. Ook de diagnostiek van onderwijsbelemmeringen, zoals bijvoorbeeld dyslexie, valt niet onder de verrichtingen die door ons worden vergoed. Behandelingen bij een (ortho) pedagoog komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Kuurreizen

Wij vergoeden de kosten van een reis via Interkuur tot een maximum van € 1.000,-. Deze regeling geldt voor verzekerden die reuma hebben of de ziekte van Bechterew. U heeft maximaal eenmaal per twee kalenderjaren recht op deze vergoeding. De medisch adviseur moet voor deze behandeling vooraf toestemming hebben verleend.

Logopedie

Van de kosten van logopedie op verwijzing van huisarts of specialist worden 9 behandelingen vergoed. Om in aanmerking te komen voor vervolgbehandeling dient u vooraf toestemming te vragen door middel van een behandelplan.

Behandelingen wegens dyslexie of wegens taalontwikkelingsstoornissen door dialect of anderstaligheid worden niet vergoed.

Manuele therapie

Wij vergoeden maximaal 9 behandelingen manuele therapie door een fysiotherapeut per kalenderjaar. Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de fysiotherapeut geregistreerd te staan in het register van de NVMT of de VMT. Per behandeling wordt maximaal € 34,50 vergoed.

Podotherapie

Voor een behandeling door een podotherapeut vergoeden wij € 25,- per bezoeksdatum. Daarnaast vergoeden wij de kosten van podotherapeutische zolen. Voor de behandelingen en de kosten van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar. De zorgverlener dient te voldoen aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten.

Psoriasis dagbehandeling

De kosten van behandeling in een psoriasisdagbehandelingscentrum worden vergoed. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per behandeling voor maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar. Voorwaarde is dat vooraf toestemming is gegeven door onze medisch adviseur, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Psychologische hulp (1e Lijns)

Wij vergoeden aan u de kosten van maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar door een gekwalificeerde eerstelijns psycholoog, die ingeschreven staat bij het ROEP en/of als zodanig staat geregistreerd bij het NIP. Onder een behandeling verstaan wij kortdurende psychologische hulp, een face to face contact van 45 minuten. Per dag komt één consult voor vergoeding in aanmerking. Wij vergoeden maximaal € 57,- per consult. (Ortho)pedagogie, testen en onderzoeken vallen niet onder de dekking.

Stottertherapie

Stottertherapie volgens de methode Del Ferro, alsmede de kosten van het verblijf in het instituut waar de therapie wordt gegeven, worden vergoed tot een maximum van € 750,-. Dit maximum blijft van kracht ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen

Voor personen tot 18 jaar vergoeden wij maximaal € 300,- per kalenderjaar. Wij dienen vooraf toestemming te hebben verleend.

MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Alternatieve hulp

Per verzekerde vergoeden wij maximaal € 500,- per kalenderjaar voor kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast. Per bezoek wordt maximaal een bedrag van € 30,- vergoed. De zorgverlener dient arts te zijn. Voor homeopathie, acupunctuur, antroposofie, chiropractie, natuurgeneeswijzen en osteopathie volstaat dat de zorgverlener voldoet aan de kwaliteitseisen van een relevante Nederlandse beroepsvereniging. Een lijst met beroepsverenigingen kunt u downloaden op www.FBTO.nl of wordt op aanvraag toegezonden.

Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

Voor deze medicijnen geven wij een vergoeding van maximaal € 250,- per kalenderjaar indien u met meerdere personen op de polis verzekerd bent. Staat u alleen op de polis, dan is de maximale vergoeding € 125,-. Voorwaarden zijn dat de medicijnen door een arts zijn voorgeschreven, geregistreerd staan in de taxen van de KNMP en zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

MODULE BEVALLING & KRAAMZORG

Bevalling

Wij vergoeden de kosten volledig van:

- een bevalling die in het ziekenhuis plaatsvindt;
- een poliklinische bevalling;
- de verloskundige hulp bij een thuisbevalling, inclusief de zorg tijdens de pre- en postnatale periode.

Is voor een verblijf in het ziekenhuis langer dan 24 uur geen medische noodzaak aanwezig, dan wordt maximaal € 125,- per dag vergoed voor moeder en kind samen. Er worden maximaal 8 dagen vergoed, gerekend vanaf de dag van de bevalling.

Kraamzorg

Voor kraamzorg kunt u kiezen uit de volgende twee mogelijkheden.

- 1 Voor kraamzorg thuis kunt u gebruik maken van een erkende kraamzorginstelling naar eigen keuze. Wij vergoeden de kosten per uur volledig tot maximaal het wettelijke tarief. Dit geldt eveneens voor de kosten van inschrijving, intake en assistentie bij de bevalling. Bevalt u thuis dan vergoeden wij maximaal het wettelijk tarief voor 48 uur over 8 dagen. Verblijft u na de bevalling langer dan 24 uur in het ziekenhuis dan wordt het aantal dagen dat u in het ziekenhuis verblijft op dit maximum in mindering gebracht.
- 2 In plaats van de kraamzorg door een erkende kraamzorginstelling kunt u kiezen voor een vergoeding van maximaal € 1.000,-. Dit bedrag krijgt u indien de bevalling poliklinisch of thuis heeft plaatsgevonden. Bent u in het ziekenhuis bevallen en verlaat u het ziekenhuis binnen 8 dagen vanaf de dag van de bevalling, dan ontvangt u voor de resterende dagen een vergoeding van € 125,- per dag.

Zolang u medisch noodzakelijk in het ziekenhuis moet blijven en u geeft uw baby borstvoeding, worden ook de verpleegkosten van uw baby gedurende ten hoogste 8 dagen vergoed.

Indien uw baby medisch noodzakelijk in het ziekenhuis moet verblijven, geven wij een tegemoetkoming in de kosten van de opname van u, in verband met borstvoeding, van maximaal het wettelijk vastgestelde tarief per dag, gedurende ten hoogste 8 dagen.

Wanneer u of de baby, medisch noodzakelijk langer dan 8 dagen in het ziekenhuis moet blijven en u geeft borstvoeding, dan dient u voor langer verblijf in het ziekenhuis aan ons toestemming te vragen.

Kraampakket

Indien de aanstaande moeder bij ons verzekerd is, kunt u een gratis medisch kraampakket aanvragen. De aanvraag, die telefonisch kan worden gedaan, dient voor de zesde maand van de zwangerschap bij ons binnen te zijn.

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden de kosten van de huur of het in bruikleen hebben van deze apparatuur gedurende maximaal 18 maanden.

MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP JEUGD & ORTHODONTIE (TOT 18 JAAR)

Tandheelkundige hulp jeugd

Indien u deze module heeft afgesloten, vergoeden wij de kosten voor tandheelkundige hulp conform het UPT-tarief tot een maximum van € 400,- per kalenderjaar per verzekerde. Het kan voorkomen dat door een lichamelijke of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur noodzakelijk is. In dat geval vergoeden wij het wettelijk tarief per behandelingsuur. Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen, dient u vooraf toestemming te vragen.

Orthodontie

Wij vergoeden maximaal € 1.500,- voor gebitsregulatie door een tandarts of orthodontist. Dit maximum blijft van kracht, ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

Indien er sprake is van een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of gehemeltepleet vindt er een volledige vergoeding plaats.

MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN (18 JAAR EN OUDER)

Indien u deze module heeft afgesloten, vergoeden wij de kosten voor tandheelkundige hulp conform het UPT-tarief tot een maximum van € 400,- per kalenderjaar per verzekerde. De kosten van een erkende tandprotheticus vallen ook onder deze vergoedingsregeling, echter aanvullend op het Reglement hulpmiddelen. Verder vallen de kosten van parodontologie en mondhygiëne onder deze vergoedingsregeling.

Als u deze module afsluit bij het aangaan van een nieuwe ziektekostenverzekering geldt dat kronen, bruggen, inlay's, een enkele implantaat en parodontologische behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen nadat een wachttijd van een half jaar is verstreken. Deze wachttijd geldt niet voor personen die aansluitend op de dag van hun 18e verjaardag deze module hebben afgesloten.

De genoemde vergoedingslimiet van € 400,- is van toepassing op alle bovenvermelde kosten. Kosten die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder deze module.

6. SLUIMERVERZEKERING

Indien u tijdelijk niet particulier verzekerd bent, kunt u de sluimerverzekering afsluiten. Deze verzekering geeft u het recht om -na de tijdelijke onderbreking- uw voormalige verzekering zonder beperkingen opnieuw af te sluiten. Deze verzekering kan alleen worden afgesloten indien u uw huidige verzekering moet beëindigen vanwege deelname aan een verplichte ziekenfondsverzekering of andere publiekrechtelijke regeling en u de 65-jarige leeftijd nog niet hebt bereikt.

De sluimerverzekering eindigt bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

7. BUITENLANDDEKKING

- a De Modulepolis geeft u recht op vergoeding van acute medische hulp bij verblijf in het buitenland gedurende maximaal 6 maanden aaneengesloten. Onder deze dekking vallen de verpleegkosten in verband met een opname in een plaatselijk erkend ziekenhuis en hulp door de specialist, alsmede de kosten van behandeling door een huisarts en de door hem voorgeschreven medicijnen, alsmede de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer. In het buitenland voorgeschreven en afgeleverde medicijnen worden uitsluitend vergoed als het bijbehorende recept kan worden overlegd. Huisartsenhulp in het buitenland wordt alleen vergoed als de module Huisarts is afgesloten.
Wij vergoeden volledig de buitenlandse tarieven.
Wij vergoeden uw kosten in Euro's op basis van de gehanteerde referentie-middenkoers op de dag van de vaststelling van de uitkering aan u. Wij vergoeden geen kosten van medische behandelingen die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland.
- b Behandelingen die op grond van uw verzekering in Nederland worden vergoed kunnen ook in een andere EU/EER-staat worden ondergaan. Hieraan worden gelijke voorwaarden gesteld als bij een behandeling in Nederland. Voor de bepaling van de toekenning en de hoogte van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaatsgevonden. Maximaal het Nederlandse tarief wordt vergoed. Indien een dergelijke behandeling naar de Nederlandse maatstaven niet zou hebben plaatsgevonden of kunnen plaatsvinden, dan wel niet zou mogen worden gedeclareerd, dan wordt geen vergoeding verleend. U dient in voorkomende gevallen vooraf toestemming aan ons te vragen. Vervoers- en verblijfskosten zijn in dit geval uitgesloten van de dekking.
- c Acute medische hulp in een buitenlands ziekenhuis wordt alleen vergoed indien vooraf contact is opgenomen met de Alarmcentrale.

8. KOSTEN DIE WE NIET VERGOEDEN

- 8.1 Geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt:
voor de kosten die verband houden met ziekten, afwijkingen of klachten die al voor de ingangsdatum van de verzekering bestonden en die niet door u (verzekeringnemer) op het aanvraagformulier zijn vermeld, hoewel u op dat moment hiervan wel kennis droeg;
- 8.2 Wij vergoeden geen kosten voor:
- a vorm- en/of uiterlijkveranderende operaties, tenzij er sprake is van verminking tengevolge van een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking. Vergoeding wordt alleen gegeven, indien FBTO vooraf schriftelijk toestemming heeft verleend;
 - b haargroeimiddelen;
 - c het ongedaan maken van kunstmatig verkregen steriliteit;
 - d niet-erkende geneeswijzen, tenzij elders in de voorwaarden uitdrukkelijk staat vermeld dat wij deze wel vergoeden;
 - e de eigen bijdragen die gelden krachtens de AWBZ;
 - f hulp, verleend door een huisarts of specialist, verleend op een gebied dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening of tot zijn specialisme;
 - g de kosten van vaccinaties (zoals bijvoorbeeld de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen, etc.;
 - h hulp verleend door niet erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureaus, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie en orthopedagogen, diëtisten en voedingsdeskundigen;
 - i verblijf in een hotel bij bezoek aan een privé-kliniek;
 - j kosten van medische behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn/haar gezinsleden in de eerste lijn in rekening brengt;
 - k vervoer om vanuit een medische instelling met weekend- of vakantieverlof te gaan.
 - l het niet verschijnen van de verzekerde voor het ondergaan van een eerder afgesproken behandeling;
 - m niet-geregistreerde geneesmiddelen;
 - n experimentele geneeskunde.

9. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt:

- a voor de kosten die zijn veroorzaakt of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie;
- b voor kosten die het beoogde of zekere gevolg zijn van uw handelen of nalaten.
- c voor de kosten van behandelingen voor ziekten en afwijkingen, die niet door de verzekeringnemer op het aanvraagformulier zijn vermeld, hoewel de verzekerde op dat tijdstip hiervan wel kennis droeg of klachten ondervond.
- d voor schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding daarvan, hierna, zowel gezamenlijk als afzonderlijk, te noemen het "terrorismerisico". De schadevergoeding voor het terrorismerisico is beperkt tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. De afwikkeling van schaden op grond van het terrorismerisico geschiedt overeenkomstig het protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.
De clausule en het bijbehorend Protocol afwikkeling claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. zijn onder nummer 27178761 gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel 'Haaglanden' in Den Haag.

10. VRIJE KEUZE VAN ARTSEN

- 10.1 U bent vrij in de keuze van zorgverlener.
- 10.2 Wij zijn bevoegd met zorgverleners af te spreken dat alleen zij u mogen behandelen. In dat geval bent u verplicht gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners.

11. VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

- 11.1 U dient de nota's zo spoedig mogelijk, in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, aan ons toe te sturen. Als u dit nalaat komen de nota's niet meer voor vergoeding in aanmerking.
- 11.2 U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze medisch adviseur de noodzakelijk geachte informatie te verschaffen.
- 11.3 Als u wordt opgenomen in een ziekenhuis dient u dat uiterlijk binnen 3 dagen na de opname aan ons te melden. U bent verplicht de behandelend arts te machtigen om de reden van de opname bekend te maken aan onze medisch adviseur.
- 11.4 Geen recht op vergoeding bestaat, indien u de bovengenoemde verplichtingen niet bent nagekomen en daardoor onze belangen hebt geschaad.

12. EIGEN RISICO

- 12.1 Een eigen risico geldt voor een kalenderjaar. Wanneer uw verzekering niet op 1 januari ingaat, wordt het eigen risico verlaagd met 1/12 deel voor elke volledige maand die van het jaar is verstreken.
Bij beëindiging van uw verzekering in de loop van een kalenderjaar is het volledige eigen risico van toepassing.
- 12.2 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uitkomen.
- 12.3 Kosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen tellen ook niet mee voor overschrijding van het eigen risicobedrag.
- 12.4 Wanneer aan een vergoeding een maximum is verbonden, tellen de kosten die zijn verrekend met het eigen risico mee voor de vaststelling of de maximale uitkering is bereikt.
- 12.5 Het eigen risico is niet van toepassing op Module Tandheelkundige hulp volwassenen (18 jaar en ouder). Bovendien vindt geen verrekening met het eigen risico plaats voor de kosten van kraamzorg bij u thuis, Module Bevallings & kraamzorg.
- 12.6 U kunt uw vrijwillig eigen risico ieder jaar per 1 januari wijzigen. U moet dit voor 1 december bij ons aanvragen. De verzekering moet minimaal een kalenderjaar hebben gelopen.
- 12.7 Een verplicht eigen risico is een door ons opgelegd eigen risico bij aanvang van deze verzekering en kan niet worden gewijzigd.

13. VERGOEDING VAN UW NOTA'S

13.1 Voorwaarden voor vergoeding

- 13.1.1 U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten die zijn gemaakt gedurende de periode dat de dekking van kracht is.
- 13.1.2 De datum waarop de hulp is verleend is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
- 13.1.3 Wij vergoeden uitsluitend door de zorgverlener verstrekte originele en duidelijk gespecificeerde nota's. Op grond van de specificatie moeten wij kunnen beoordelen of de nota's voor vergoeding in aanmerking komen.
- 13.1.4 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen.

13.2 Betaling van de vergoeding

- 13.2.1 Wij vergoeden de kosten aan u of aan de zorgverlener.
- 13.2.2 Wij vergoeden de kosten op basis van het tarief dat wij met de zorgverlener hebben afgesproken. Als er geen tarief is afgesproken vergoeden wij de kosten op basis van het rechtsgeldige tarief.
- 13.2.3 Als wij u meer vergoeden dan het in lid 2 genoemde tarief, wordt u geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het door u aan de zorgverlener teveel betaalde.
- 13.2.4 Als u gebruik maakt van de FBTO Apotheek-Service vergoeden wij de kosten voor medicijnen rechtstreeks en volledig aan de apotheker. Bij een polis met een eigen risico schieten wij de nota's voor. U ontvangt dan periodiek een nota voor het terugbetalen van het bedrag, dat geheel of gedeeltelijk (nog) ten laste van het eigen risico komt.

13.3 Verhaalsrecht

- 13.3.1 Als er sprake is van gemaakte kosten door toedoen van een aansprakelijke derde, bent u verplicht ons zo goed mogelijk te helpen bij het verkrijgen van een schadevergoeding van deze derde. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u geen regeling (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij.
- 13.3.2 Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, hoeven wij geen kosten te vergoeden.

14. PREMIEBETALING

- 14.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 14.2 U (verzekeringnemer) mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
- 14.3 Wanneer het bedrag dat u (verzekeringnemer) moet betalen niet binnen 30 dagen na notadatum is voldaan, eindigt de dekking van de verzekering. Indien het vorderen van het openstaande bedrag aan een incassobureau wordt overgedragen, bent u tevens verplicht de kosten hiervan te betalen.
- 14.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten voor uw rekening.
- 14.5 U (verzekeringnemer) blijft verplicht achterstallige premie en kosten te betalen.
- 14.6 Uw recht op vergoeding van medische kosten wordt hersteld na ontvangst van alle achterstallige premie en kosten.
- 14.7 Onder premie en kosten worden in dit artikel verstaan: premie(s), wettelijke bijdragen, vertragingsrente, administratiekosten en buitengerechtelijke kosten.
- 14.8 Premiebetaling vindt uitsluitend plaats via automatische incasso.
- 14.9 Voor elke polisafgifte worden administratiekosten in rekening gebracht.

15. INGANGSDATUM EN DUUR VAN UW VERZEKERING

- 15.1 Uw verzekering gaat in op de datum die op de polis als ingangsdatum staat vermeld.
- 15.2 De looptijd van uw verzekering is één kalenderjaar. Wanneer uw verzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat, geldt uw verzekering voor de rest van dat kalenderjaar en het daarop volgende kalenderjaar.
- 15.3 Uw verzekering wordt telkens automatisch met een jaar verlengd.

16. WIJZIGING VAN PREMIES EN/OF VOORWAARDEN

- 16.1 Wij zijn bevoegd de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekerin-
gen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot die groep, dan zijn wij gerech-
tigd de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die
wijziging aan te passen en wel op een door ons te bepalen datum. U (verzekering-
nemer) wordt van de wijziging in kennis gesteld.
- 16.2 Als u (verzekeringnemer) niet instemt met zo'n wijziging dient uiterlijk de laatste dag
van de maand waarin de wijziging ingaat uw schriftelijk bericht door FBTO te zijn
ontvangen. Uw verzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 16.3 U (verzekeringnemer) mag de wijziging niet weigeren wanneer:
- wij de premie verlagen of de voorwaarden verbeteren/verruimen;
 - deze het gevolg is van wettelijke regelingen, waaronder begrepen een wijziging van
de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
 - uw premie als gevolg van het leeftijdsafhankelijk tarief wordt verhoogd door het
overschrijden van een leeftijdsgrens;
 - door verhuizing naar een ander regiogebied de premie wordt aangepast. Deze wijzi-
ging gaat in op 1 januari volgende op de verhuizing.

17. WIJZIGINGEN EN EINDE VAN UW VERZEKERING

- 17.1 U bent verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de rechten en de plichten uit de
verzekering binnen een maand schriftelijk aan ons te melden. Zulke wijzigingen zijn
onder andere:
- verhuizing;
 - wijziging in samenstelling van het gezin;
 - bijschrijving van (adoptie) kinderen. Voor pasgeboren kinderen die u binnen een
maand na hun geboorte aanmeldt, geldt dat de verzekering vanaf de geboorte van
kracht is. Indien deze periode van een maand wordt overschreden geldt de normale
acceptatieprocedure.
Voor adoptiekinderen geldt dat zij, na acceptatie, worden bijgeschreven op de polis
van de ouders. In geval een adoptiekind niet tegen normale voorwaarden kan
worden geaccepteerd behoudt de maatschappij zich het recht voor een
StandaardPakketPolis, al dan niet in combinatie met een hogere premie, aan te
bieden. De verzekering van een adoptiekind gaat in op de dag van aankomst in
Nederland;
 - wijziging van (post)banknummer;
 - toetreding tot een wettelijk verplichte verzekering.
- Wanneer u deze wijzigingen niet binnen een maand aan ons meldt, vindt de wijziging
plaats per de meldingsdatum in plaats van de wijzigingsdatum.
- Als u of één van uw gezinsleden verplicht verzekerd moet worden bij het ziekenfonds
of op basis van een andere publiekrechtelijke regeling, vindt uitschrijving van u of het
betreffende gezinslid plaats op de datum van afgifte inschrijfbewijs bij een verplichte
verzekering. Voor het ziekenfonds geldt een inschrijftermijn van 60 dagen na ontstaan
van het recht. U dient dit binnen 30 dagen na ontvangst van het inschrijfbewijs van de
nieuwe verzekeraar aan ons kenbaar te maken middels toezending van een kopie van
het inschrijfbewijs.
- 17.2 Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze zijn verzon-
den naar het bij ons laatst bekende adres.
- 17.3 Uitbreiding van de dekking met één (of meerdere) module(n) kan steeds per de eerste
van de kalendermaand volgend op die waarin het verzoek is ontvangen. Er geldt een
wachtijd van 6 maanden alvorens de dekking van de betreffende module(n) van
kracht is. Dit betekent dat u gedurende deze periode wel premie betaalt, maar geen
dekking heeft.

- 17.4 Bij beperking van de dekking geldt dat het gekozen verzekeringspakket minimaal 1 kalenderjaar moet hebben gelopen. Beperking van de dekking is mogelijk per 1 januari volgend op het jaar waarin het verzoek is ontvangen.
- 17.5 Uw verzekering eindigt wanneer u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij kunnen u aansluitend op de Standaardpakketpolis verzekeren.
- 17.6 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door voor 1 januari schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
- 17.7 Wij mogen uw verzekering beëindigen:
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de premie na de vervaldag nog niet door u is betaald of wanneer andere vorderingen van ons na herhaalde aanmaningen niet door u worden betaald;
 - indien u zich voor een ononderbroken periode van langer dan 6 maanden in het buitenland bevindt. Deze periode kan worden verlengd met 6 maanden indien u bij FBTO de Reis Perfect Polis heeft afgesloten inclusief de aanvullende ziektekostenmodule. Over het tijdstip van beëindiging is overleg mogelijk;
 - indien u zich in het buitenland vestigt.

18. FRAUDE

Onder fraude wordt verstaan:

Het op oneigenlijke gronden en wijze (trachten te) verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat of het (trachten te) verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden. Ook heeft fraude tot gevolg dat:

- aangifte wordt gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

19. GESCHILLEN EN KLACHTENREGELING

Op de verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Eventuele geschillen die ontstaan naar aanleiding van overeenkomsten waarop deze voorwaarden van toepassing zijn, dan wel van andere overeenkomsten die daarvan het gevolg zijn, kunnen worden voorgelegd aan ieder van de navolgende instanties:

- De Klantenman van FBTO, Postbus 50, 8900 AB Leeuwarden.
- De Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag, tel. (070) 33 38 999.

Daarnaast kunnen eventuele geschillen die ontstaan naar aanleiding van overeenkomsten waarop deze voorwaarden van toepassing zijn, dan wel van andere overeenkomsten die daarvan het gevolg zijn, ook worden voorgelegd aan de rechter.

20. BESCHERMING VAN PERSOONSGEGEVENS

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.

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

21. PERSOONLIJKE HULPVERLENING IN HET BUITENLAND

1 Verzekerden

Verzekeringnemer

zijn of haar:

- echtgeno(o)t(e), of degene met wie hij/zij in gezinsverband samenwoont;
- inwonende of voor studie uitwonende kinderen tot 27 jaar.

2 Algemeen

- 2.1 Persoonlijke hulpverlening geldt voor een verblijfstermijn in het buitenland van maximaal 60 dagen per reis.
- 2.2 Recht op hulpverlening bestaat alleen als u vooraf contact heeft opgenomen met de Alarmcentrale, telefoonnummer (058) 234 56 50 en u rechten kunt ontlenen aan deze verzekering.
Wij vergoeden uitsluitend de kosten van hulpverlening als de Alarmcentrale de hulpverlening zelf heeft uitgevoerd of heeft laten uitvoeren.

3 Hulpverlening

3.1 Ziekenhuisopname en medische begeleiding

In het geval dat u opgenomen wordt in een ziekenhuis zal de Alarmcentrale contact met ons opnemen om directe betaling van de kosten te garanderen. In noodgevallen zal de Alarmcentrale de kosten in verband met de ziekenhuisopname voorschieten indien voldoende financiële garanties hiervoor zijn verkregen. Na de melding kan de Alarmcentrale onderzoek verrichten naar de medische kosten en de noodzaak daarvan.

3.2 De Alarmcentrale neemt voor haar rekening de kosten van:

- a repatriëring naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen;
- b medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland in verband met ziekte of verwonding.
Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval is de goedkeuring van het medisch team van de Alarmcentrale noodzakelijk bij elke vorm van transport;
- c kosten van medische repatriëring van permanent in het buitenland woonachtige verzekerden tot maximaal de kosten van repatriëring naar Nederland;
- d voorgeschreven medische begeleiding tijdens het vervoer door een arts of een verpleegkundige.

3.3 Uitval door ziekte of ongeval

In geval van ziekte of ongeval worden de volgende kosten vergoed:

- 1 als u alleen reizend in een buitenlands ziekenhuis opgenomen wordt, vergoeden wij de reiskosten voor de overkomst van ten hoogste 2 personen vanuit Nederland en terug, inclusief de verblijfskosten. Dit geldt alleen als de opname minimaal 5 dagen duurt en indien er geen familieleden ter plaatse zijn om u in het ziekenhuis te bezoeken;
- 2 de reiskosten voor overkomst en terugkeer inclusief de verblijfskosten van ten hoogste een persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van meeverzekerde kinderen tot 16 jaar) en lichamelijk of geestelijk gehandicapten als de begeleiders hiertoe niet in staat zijn.

De onder 1 en 2 genoemde verblijfskosten vergoeden wij tot maximaal € 69,- per verzekerde per dag voor maximaal 3 dagen.

3.4 Overlijden

Komt u te overlijden door ongeval of ziekte, dan verzorgt de Alarmcentrale in overleg met de andere verzekerde(n) c.q. nabestaanden:

- 1 a alle formaliteiten ter plaatse;
b het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland, maar ook het betalen van de kosten met betrekking tot dit transport;
- 2 de betaling van:
 - a de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
 - b de reiskosten vanuit Nederland en terug van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad en de noodzakelijke verblijfskosten van deze familie gedurende ten hoogste 3 dagen. Dit als de begrafenis of crematie ter plaatse geschiedt.

De onder lid 2 genoemde kosten betalen wij tot maximaal het bedrag dat zou zijn vergoed in geval van transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

3.5 Terugkeer wegens onvoorzien overlijden of levensgevaar van familieleden in de eerste of tweede graad

De verzekering dekt:

- 1 De extra reis- en verblijfskosten van u naar de terugroepplaats tot maximaal de reis- en verblijfskosten om de woonplaats in Nederland te bereiken; of
- 2 voor ten hoogste twee van de betrokken verzekerden: als onder 3.5.1 beschreven en weer terug naar de oorspronkelijke vakantiebestemming als deze gemaakt worden binnen 21 dagen na terugkeer in Nederland.

3.6 Terugkeer wegens schade aan eigendommen

In geval van een belangrijke zaakschade aan eigendommen van u door brand, inbraak, explosie, blikseminslag, storm of overstroming vergoeden wij de onder lid 1 of 2 (van dit artikel) genoemde hulp:

- 1 uw extra reis- en verblijfskosten voor de terugreis naar de woonplaats in Nederland;
- 2 voor ten hoogste 2 van de betrokken verzekerden: als onder 3.6.1 beschreven en weer terug naar de oorspronkelijke vakantiebestemming als deze terugreis gemaakt wordt binnen 21 dagen na terugkeer in Nederland.

3.7 Doorgeven dringende boodschappen

De Alarmcentrale zal dringende boodschappen doorgeven die betrekking hebben op de in deze voorwaarden omschreven hulpverlening.

3.8 Telecommunicatiekosten

Verzekerd zijn de gemaakte telecommunicatiekosten zoals: telefoon-, telegram- en telefaxkosten om contact op te nemen met de Alarmcentrale. Deze kosten worden vergoed voor zover op grond van deze voorwaarden recht op hulpverlening bestaat. De telefoonkosten vergoeden wij tot maximaal € 114,- .

3.9 Overmaken van benodigd geld

De Alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief de kosten van overmaken) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten worden alleen verstrekt indien deze gedekt zijn door een naar oordeel van de Alarmcentrale afdoende garantie.

3.10 Toezenden medicijnen

- 1 De verzekering dekt de kosten van organisatie en toezending van ter plaatse niet verkrijgbare (door een arts voorgeschreven) medicijnen, prothesen of medische hulpmiddelen. De toezending hiervan vindt alleen plaats:
 - indien ze dringend nodig zijn en ter plaatse geen redelijke alternatieven voorhanden zijn;
 - Voor zover dit op grond van geldende douanebepalingen is toegestaan.

2 De aankoopkosten van deze medicijnen, prothesen en/of medische hulpmiddelen worden niet vergoed.

3.11 **Verlies van documenten**

Bij problemen met betrekking tot verlies van reisdocumenten verleent de Alarmcentrale assistentie. Als u hierdoor contact op moet nemen met ambassades, consulaten en andere officiële instanties staat de Alarmcentrale u met raad en daad bij.

3.12 **Oponthoud door natuurgeweld of staking**

De verzekering dekt de extra kosten van langer verblijf ontstaan tijdens de terugreis veroorzaakt door:

- lawines, bergstorting, natuurgeweld of abnormale sneeuwval;
 - stakings-, stiptheids-, protest- of solidariteitsacties;
- van zodanige omvang en aard, dat normale doorstroming van het verkeer belemmerd wordt.

De bovengenoemde verblijfskosten worden vergoed tot een maximum van € 69,- per persoon per dag en maximaal twee dagen.

3.13 **Opsporing, redding of berging**

De verzekering dekt de kosten van opsporing, redding, berging en vervoer van de verzekerden op de polis terug naar de bewoonde wereld. De kosten worden alleen vergoed als dit door of onder leiding van een officiële hulpverlenende instantie is uitgevoerd. De kosten worden vergoed tot een maximum van € 22.690,- per gebeurtenis.

22. HOE TE HANDELEN ALS U EEN BEROEP WILT DOEN OP UW MODULEPOLIS

a **Opname in ziekenhuis of verpleeginrichting**

Vóór de opname ons inlichtentelefonisch via (058) 234 53 30, of hetd aarvoor bestemde formulier (aangifte ziekenhuisopname) invullen en opsturen (u vindt een exemplaar achter in deze voorwaarden).

b **Ontslag uit ziekenhuis of verpleeginrichting**

Na ontslag ons inlichten telefonisch via (058) 234 53 30 of de (na de opname toegezonden) brief invullen en terugzenden.

c **Buitenland**

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50. Dit nummer is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp geboden is. Bijvoorbeeld in geval van ongeval, zware pech, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen.

Declaraties van buitenlandse zorgverleners hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan genoemd bedrag worden aan u uitbetaald.

Als u (een) buitenlandse nota(s) bij ons wilt declareren verzoeken wij u vriendelijk bij het indienen van de nota, naast het vermelden van uw polisnummer, de volgende vragen te beantwoorden:

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

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

d Kraamzorg

Voor informatie kunt u bellen met telefoonnummer: (058) 234 54 50.

e Fysiotherapie

Fysiotherapie wordt vergoed op verwijzing van een arts of specialist. Wij verzoeken u om met de declaratie een kopie van de verwijfsbrief mee te zenden. Als er na 9 behandelingen nog vervolghandelingen moeten plaatsvinden, moet u hiervoor een aanvraag doen door middel van een behandelplan.

f Vooraf aanvragen van behandelingen

Voor enkele behandelingen of verstrekkingen moeten wij vooraf toestemming hebben verleend. Dit betreft o.a.:

- plastische chirurgie;
- hulpmiddelen;
- vruchtbaarheidsbevorderende behandeling;
- gebitsprothese (bij volledige prothese > € 1.000,- en bij onder- of bovenprothese > € 500,-;
- maagband;
- behandelingen in het buitenland.

Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

g Bijsluiten module

Indien u een module wenst bij te sluiten, kunt u dit telefonisch aan FBTO doorgeven. Van belang is om te weten, dat de wijziging ingaat per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin het verzoek is ontvangen. Er geldt een WACHTTIJD van 6 maanden alvorens de dekking van kracht is.

h Sluimerverzekering

Indien u tijdelijk niet particulier bent verzekerd, kunt u een sluimerverzekering afsluiten. Voor bijzonderheden verwijzen wij u naar artikel 6 van de voorwaarden.

i Wachtijd tandartsverzekering

Kronen, bruggen en inlay's, een enkele implantaat en parodontologische behandelingen komen voor vergoeding in aanmerking nadat een wachttijd van een half jaar is verstreken, gerekend vanaf de ingangsdatum van deze module. Deze wachttijd geldt niet voor personen die aansluitend op de dag van hun 18e verjaardag deze module hebben afgesloten.

INZENDEN VAN REKENINGEN

j Algemeen

Alleen originele nota's, niet ouder dan 12 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking. Voor een snelle en efficiënte afhandeling stellen we het op prijs als u uw ziektekostennota's binnen 1 week na ontvangst naar ons stuurt. Wij verzoeken u de volgende 3 stappen te volgen:

Stap 1 Noteer uw polisnummer op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

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

Stap 3 Stuur de nota('s) naar: **FBTO**

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

Door u betaalde nota's kunt u opsturen naar FBTO. FBTO verwerkt deze nota's binnen 48 uur na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding normaliter binnen 8 dagen op uw bank- of girorekening staat.

Wilt u gebruik maken van deze 48 uren service? Volg dan de volgende 3 stappen:

Stap 1 Noteer uw polisnummer op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

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

Stap 3 Stuur de nota('s) naar: **FBTO**

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 350

8901 BD LEEUWARDEN

Uitzonderingen hierop zijn bijvoorbeeld buitenlandse nota's, die niet binnen 48 uren kunnen worden behandeld.

k **FBTO Modulepolis zonder eigen risico**

Wij kunnen zorgen voor rechtstreekse betaling, zodat het niet nodig is de nota's zelf te betalen. Uitzondering hierop zijn nota's die niet volledig worden vergoed. Wij adviseren u deze nota's eerst zelf te betalen en vervolgens bij ons in te dienen. Voor een snellere notaverwerking verzoeken wij u op elke nota in de rechterbovenhoek te vermelden uw polisnummer en de mededeling "betaald" of "niet betaald", afhankelijk van hetgeen u gedaan hebt. Zet u "niet betaald", dan rekenen wij rechtstreeks af met de zorgverlener.

l **FBTO Modulepolis met een eigen risico**

U betaalt zelf de nota's en bewaart deze tot het bedrag van het eigen risico wordt overschreden. Uw eigen risico is van toepassing per kalenderjaar denkt u eraan dat de schade ten laste komt van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Daarna zendt u de nota's in en ontvangt u onze vergoeding onder aftrek van het eigen risico. Indien u later meer nota's ontvangt kunt u handelen als bij punt h is aangegeven. Als u in de loop van het jaar hoge kosten verwacht (b.v. een ziekenhuisopname), adviseren wij u om alle betaalde nota's direct naar ons te zenden. In verband met de rechtstreekse declaratie van ziekenhuizen verrekenen wij deze alvast met het eigen risico.

Indien de verzekering niet per 1 januari van het jaar is ingegaan, is het aangevraagde eigen risico in verhouding tot het aantal verzekerde maanden. Een verzekering ingegaan per 1 juli bij een aangevraagd eigen risico van € 1.000,- (per kalenderjaar) betekent dus voor het lopende jaar een eigen risico van € 500,-.

m **Telefoondokter®**

Elke maandag (met uitzondering van feestdagen) tussen 19.00 en 21.00 uur houdt de FBTO-Telefoondokter® spreekuur. Als relatie van ons is uw consult geheel gratis! Zorg wel dat u uw polisnummer bij de hand heeft. Het rechtstreekse telefoonnummer van de FBTO-Telefoondokter® is: (058) 234 56 46.

n **Zorgbemiddeling**

Als u (te) lang op een medische behandeling moet wachten kunnen wij voor u bemiddelen,

met de kans dat u sneller wordt geholpen door het behandelende ziekenhuis of de specialist. Wanneer deze mogelijkheid er niet is kan ook als alternatief een oplossing bij een ander(e) ziekenhuis of specialist worden geboden.

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

- 3 weken bij een eerste polikliniekbezoek;
- 4 weken bij een dagbehandeling;
- 6 weken bij een ziekenhuisopname (behalve orgaantransplantatie).

Voor meer informatie kunt u rechtstreeks bellen met: (058) 234 53 30.

o **Zorggarantie**

Bij zorggarantie kunnen wij u garanderen dat u binnen een bepaalde tijd voor een bepaalde operatie of behandeling geholpen wordt in een van de reguliere ziekenhuizen of privé-klinieken in Nederland. Soms in een van de ziekenhuizen in België of Duitsland, waar wij een contract mee hebben afgesloten.

Wat houdt de garantie in?

Dagbehandeling: Garantie betekent dat u gegarandeerd na 5 werkdagen voor een eerste consult (diagnostiek) terechtkunt bij een specialist. De behandeling vindt dan gegarandeerd binnen 10 werkdagen daarna plaats! (mits medisch verantwoord)

Opname: Garantie betekent dat u gegarandeerd na 15 werkdagen wordt opgenomen voor de behandeling.

Aanvullende informatie

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



POSTBUS 318, 8901 BC LEEUWARDEN
WWW.FBTO.NL

