

# STANDAARD (PAKKET) POLIS



Verzekeren kan je zelf.



FBTO, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden

[www.fbto.nl](http://www.fbto.nl)

## INHOUDSOPGAVE

Onderwerp	Rubrieknr.
<b>BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN</b> .....	1
<b>DEKKING</b> .....	2
<b>Omvang van de dekking</b> .....	2.1
Eigen risico .....	2.1.1
Opname en medisch–specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis .....	2.1.2
Medisch–specialistische zorg anders dan door of vanwege een ziekenhuis .....	2.1.3
Revalidatie .....	2.1.4
Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen .....	2.1.5
Hulpmiddelen .....	2.1.6
Fysiotherapie en oefentherapie .....	2.1.7
Ergotherapie .....	2.1.8
Logopedie .....	2.1.9
Behandeling door de huisarts .....	2.1.10
Bevalling en kraamzorg .....	2.1.11
Tandheelkundige zorg .....	2.1.12
Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer .....	2.1.13
Leukemie bij kinderen .....	2.1.14
Nierdialyse .....	2.1.15
Orgaantransplantaties .....	2.1.16
Chronisch intermitterende beademing .....	2.1.17
Audiologisch centrum .....	2.1.18
Trombosedienst .....	2.1.19
Erfelijkheidsonderzoek .....	2.1.20
Dieetadvisering .....	2.1.21
Buitenland .....	2.2
<b>Uitsluitingen</b> .....	2.3
<b>ALGEMEEN</b> .....	3
Grondslag van de verzekering .....	3.1
Kinderen .....	3.2
Opname in een hogere dan de verzekerde klasse .....	3.3
Begin en einde van de vergoeding .....	3.4
Registratie van persoonsgegevens .....	3.5
<b>VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER</b> .....	4
<b>PREMIE EN EIGEN RISICO</b> .....	5
Premiebetaling .....	5.1
Schorsing .....	5.2
Eigen risico .....	5.3
Kennisgeving .....	5.4
<b>HERZIENING VAN PREMIE OF VOORWAARDEN</b> .....	6
<b>DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING</b> .....	7
<b>GESCHILLEN EN KLACHTEN</b> .....	8
<b>HOE TE HANDELEN ALS U EEN BEROEP WILT DOEN OP UW ZIEKTKOSTENVERZEKERING</b> ..	9

# VERZEKERINGSVOORWAARDEN

## 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### 1.1 De verzekeraar:

Degene die het ziektekostenverzekeringsbedrijf uitoefent met uitzondering van ziekenfondsen en aangewezen organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren.

### 1.2 Ambulancevervoer:

Medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance-auto.

### 1.3 Audiologische zorg:

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

### 1.4 Bedrijfsarts:

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

### 1.5 Bijkomende kosten:

De neventarieven die door de instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.

### 1.6 Centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

### 1.7 Centrum voor erfelijkheidsadvies:

Een in Nederland gelegen instelling die conform de bij wet gestelde regels is toegelaten voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

### 1.8 Dagverpleging:

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

### 1.9 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een Diagnose Behandeling Combinatie beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

### 1.10 Dienstenstructuur:

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

### 1.11 Diëtist:

Een in Nederland gevestigde diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**1.12 Ergotherapeut:**

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

**1.13 EU- en EER-staat:**

Hieronder worden, behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**1.14 Farmaceutische zorg:**

De bij ministeriële Regeling aangewezen onderdelen van farmaceutische zorg, zoals verwoord in de regeling Farmaceutische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland.

**1.15 Fysiotherapeut:**

Een in Nederland gevestigde 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.

**1.16 Gezin:**

De op het polisblad vermelde personen, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk huishouden, zulks ter beoordeling van de verzekeraar.

**1.17 Huisarts:**

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

**1.18 Hulpmiddelen:**

De bij ministeriële Regeling vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de verzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

**1.19 Kaakchirurg:**

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**1.20 Kaakchirurgische behandeling:**

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen, algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

**1.21 Kinderfysiotherapeut:**

Een in Nederland gevestigde 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.

**1.22 Kraamzorg:**

Kraamcentrum:

Een conform bij wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de verzekeraar als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een aan het kraamcentrum verbonden kraamverzorgster, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder en kind als de huishouding verzorgt.

- 1.23 Laboratoriumonderzoek:**  
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.24 Logopedist:**  
Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.25 Manueel therapeut:**  
Een in Nederland gevestigde 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.
- 1.26 Medisch adviseur:**  
De arts, die de verzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.27 Medische noodzaak:**  
Onderzoek, verpleging of behandeling, als gebruikelijk, noodzakelijk en doelmatig aan te merken, dit ter beoordeling van de medisch adviseur.  
In het kader van de gebruikelijkheid van de behandeling geldt dat deze door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk moet zijn bevonden.
- 1.28 Medisch-specialist:**  
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.29 Medisch-specialistische zorg:**  
Zorg of onderzoek volgens hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behorend tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.
- 1.30 Oedeemtherapeut:**  
Een in Nederland gevestigde 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.
- 1.31 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:**  
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.32 Opname:**  
Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch-specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.
- 1.33 Orthodontist:**  
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.34 Revalidatie:**  
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke 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 wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

- 1.35 **Tandarts:**  
Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.36 **Tandprotheticus:**  
Een in Nederland gevestigd tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
- 1.37 **Verloskundige:**  
Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.38 **Verzekerde:**  
Ieder die als zodanig op de polis, op het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
- 1.39 **Verzekeringnemer:**  
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.
- 1.40 **Wet BIG:**  
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- 1.41 **Zelfstandig behandelcentrum:**  
Een in Nederland gelegen centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten en door de verzekeraar is geaccrediteerd.
- 1.42 **Ziekenhuis:**  
Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.  
Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

## 2. DEKKING

### 2.1 Omvang van de dekking:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de verzekeraar de kosten van de hierna genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief met inachtneming van de Wet tarieven gezondheidszorg. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de verzekeraar genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

#### 2.1.1 Eigen risico:

Op de polis is een eigen risico van € 500,00 per gezin (voor alleenstaanden € 250,-) per kalenderjaar van toepassing. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op zittend ziekenvervoer, niet zijnde ambulancevervoer. Hiervoor geldt een specifiek eigen risico.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekeringnemer blijft, tellen deze niet mee voor het vol maken van het eigen risico.

Indien 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 eigen risico

### **2.1.2 Opname en medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis:**

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de derde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis.
- de bijkomende kosten

Indien een meeverzekerd kind, vanwege de verpleging van de moeder, in het ziekenhuis moet verblijven worden de verpleegkosten van het kind vergoed, zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

#### **Toestemming:**

In het geval dat er sprake is van verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de verzekeraar ingediend worden, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis.

Op het moment dat niet langer gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de verzekeraar gemeld te worden.

### **2.1.3 Medisch-specialistische zorg, anders dan door of vanwege een ziekenhuis, in een huispraktijk:**

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist voor de medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend.

#### **2.1.3.1 Medisch-specialistische zorg in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC):**

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ZBC door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ZBC een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ZBC met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening mag worden gebracht.

Een lijst van zelfstandige behandelcentra is desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.

#### **2.1.3.2 Medisch-specialistische zorg elders:**

Vergoed wordt het honorarium van de medisch-specialist.

#### **2.1.3.3 Opname voor bepaalde duur in het Nederlands Astma Centrum te Davos, Zwitserland (NAD):**

Vergoed worden de kosten van onderzoek, opname en verder verblijf in het Nederlands Astma Centrum te Davos, indien en voor zover de noodzaak tot opname is vastgesteld na evaluatie van de klachten en na optimale behandeling in een ziekenhuis in Nederland. De verzekeraar dient op een desbetreffend verzoek tevoren een machtiging afgegeven te hebben. De af te geven machtiging geldt voor een periode van zes weken tenzij door de verzekeraar anders is bepaald.

#### 2.1.4 Revalidatie:

##### 2.1.4.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en,
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

##### 2.1.4.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd-of dagbehandeling).

2.1.4.3 Vergoeding van de kosten, bedoeld onder lid 2.1.4.1 en 2.1.4.2 vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijd en vooraf schriftelijk toestemming bij de verzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de verzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

#### 2.1.5 Farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen:

2.1.5.1 Vergoed worden de kosten van farmaceutische zorg overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. De middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker/apotheekhoudend huisarts, tenzij de verzekeraar anders bepaalt. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking.

De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor het door de verzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde volgens de behandelend arts niet medisch verantwoord is.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.

De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

2.1.5.2 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed - overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - na vooraf verleende toestemming door de verzekeraar. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

2.1.5.3 De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.



## 2.1.6 Hulpmiddelen:

2.1.6.1 Vergoed worden de kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen overeenkomstig de ministeriële Regeling Hulpmiddelen (inclusief de maximumbedragen) en het door de verzekeraar nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar bij de verzekeraar.

De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de verzekeraar.

2.1.6.2 Daar waar de verzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het betreffende hulpmiddel tijdige, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, vereisten zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.

2.1.6.3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële Regeling Hulpmiddelen en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

## 2.1.7 Fysiotherapie en oefentherapie:

### 2.1.7.1 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar:

Vergoed worden de kosten van maximaal 9 behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut dan wel oedeemtherapeut, 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar of 9 behandelingen door een kinderfysiotherapeut per indicatie per kalenderjaar op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist waarbij is aangegeven welke vorm van therapie is geïndiceerd.

Indien en voor zover geïndiceerd op verwijzing van huisarts of medisch-specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, dan wel nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de verzekeraar noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie of kinderfysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/oefentherapie Cesar in verband met een chronische aandoening overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld — dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie.

Hiervoor is voorafgaande toestemming van de verzekeraar vereist. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Met betrekking tot alle vormen van fysiotherapeutische zorg, in deze bepaling genoemd, kan de verzekeraar nadere regels stellen, onder meer met betrekking tot de hoogte van het tarief. Deze regels zijn opvraagbaar bij de verzekeraar.

### 2.1.7.2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder:

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie (met uitzondering van manuele therapie) of oedeemtherapie dan wel oefentherapie Mensendieck / Cesar in verband met een chronische aandoening – overeenkomstig de regeling Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar, zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld – dan bestaat vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per indicatie. Hiervoor is vooraf toestemming vereist van de verzekeraar. Deze regeling maakt deel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar.

Bij de te verlenen toestemming kan de verzekeraar nadere voorwaarden stellen, onder meer met betrekking tot de hoogte van het tarief. Deze regels zijn opvraagbaar bij de verzekeraar.

### 2.1.8 Ergotherapie:

De vergoeding omvat de kosten van advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

### 2.1.9 Logopedie:

Vergoed worden de kosten van behandeling op voorschrift van de (tand)arts door een logopedist.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

### 2.1.10 Huisarts:

Bij hulp door of vanwege de huisarts heeft de verzekerde recht op vergoeding van het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen) van de huisarts, respectievelijk door de dienstestructuur, waarbij deze is aangesloten, in rekening gebrachte kosten en van eventuele andere kosten volgens de rechtsgeldige tarieven.

Tevens worden vergoed de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

### 2.1.11 Bevalling en kraamzorg:

Voor de vrouwelijke verzekerde geldt ter zake bevalling en kraamzorg de volgende vergoedingsregeling:

#### 2.1.11.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van: De kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht.

#### 2.1.11.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamcentrum (niet medisch noodzakelijk):

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- De kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht.

Op deze vergoeding blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraamburo, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis

- Indien de bevalling plaatsvindt in een kraamcentrum zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van:

- a. de kosten in rekening gebracht door het kraamcentrum, gedurende maximaal 10 dagen tot ten hoogste € 154,97 per opnamedag;
- b. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of verloskundige of huisarts.  
Op de vergoeding genoemd onder a) blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer.

### 2.1.11.3 **Bevalling en kraambed thuis:**

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden worden de volgende kosten van het kraamcentrum vergoed:

- a. het honorarium voor de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de medisch-specialist of huisarts of verloskundige;
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,50 per uur zorg voor rekening van de verzekeringnemer.

### 2.1.11.4 **Poliklinische bevalling:**

Indien de bevalling poliklinisch plaatsvindt bestaat aanspraak op de vergoeding van:

- a. De kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien de verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis met inachtneming van de daarvoor geldende regels in rekening wordt gebracht.

Op deze vergoeding blijft een bedrag van € 21,78 per opnamedag voor rekening van de verzekeringnemer.

- b. de kosten van kraamzorg zoals genoemd onder punt 2.1.11.3 lid c.

### 2.1.11.5 **Combinatie van de zorg genoemd onder 2.1.11.1 t/m 2.1.11.4:**

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze 'dubbele' dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

## 2.1.12 **Tandheelkundige zorg:**

### 2.1.12.1 **Tandheelkundige zorg door een tandarts aan verzekerden jonger dan 18 jaar:**

Vergoed worden de kosten tot maximaal € 227,00 per verzekerde per kalenderjaar. Niet vergoed worden de kosten van orthodontie en de kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen en implantaten in een betande kaak.

### 2.1.12.2 **Gebitsprothese:**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- of onderkaak door de tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij vervaardiging en plaatsing door een tandprotheticus komt alleen voor vergoeding in aanmerking de uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- of onderkaak.

Bij deze behandelingen door de hiervoor vermelde zorgverleners wordt 75 % van de gedeclareerde bedragen vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese door een tandarts of tandprotheticus.

Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

**Toestemming:**

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,00 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,00 per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

**2.1.12.3 Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen:**

De vergoeding omvat de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een schisis-afwijking (lip- of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking. De verzekeraar dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te geven voor de behandeling.

**2.1.12.4 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:**

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn;
- b. een kaakgewrichts-afwijking (pijndysfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten niet tot het gewenste resultaat heeft geleid;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnato- of palatoschisis);
- e. een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorafgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect);

In aanvulling op hetgeen hierboven onder a en c. is vermeld, bestaat uitsluitend voor de verzekerde jonger dan 18 jaar ook recht op vergoeding van de kosten welke verband houden met vervanging van één (of meerdere) ontbrekende blijvende snijtand(en) of hoektand(en), doch uitsluitend indien het ontbreken van de betreffende tand(en) het gevolg is van het niet aangelegd zijn of het gevolg is van een ongeval.

**Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:**

- de behandeling van de afwijking zoals onder a t/m e genoemd een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
  - de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandlungsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.
- Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

**2.1.12.5 Kaakchirurgische behandeling:**

De vergoeding omvat

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige zorg die niet gepaard gaat met een opname. Deze zorg omvat niet parodontale chirurgische hulp. Voor zover de zorg betrekking heeft op tandheelkundige implantaten zij verwezen naar art. 2.1.12.6;
- de bijkomende kosten.

#### 2.1.12.6 Tandheelkundige implantaten:

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak, en
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese, en
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

#### 2.1.12.7 Mesostructuur en prothese op implantaten:

Vergoed worden de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien:

- de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde, en
- de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft verleend.

Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Per overkappingsprothese in de onder- dan wel de bovenkaak komt een bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking. In dat geval komt eveneens een eigen bijdrage van € 90,00 per kaak voor rekening van de verzekerde.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande volledige overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

#### 2.1.12.8 Tandheelkundige zorg aan verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap:

De vergoeding omvat de kosten van tandheelkundige zorg welke voor de betrokken verzekerde met het oog op zijn handicap redelijkerwijs is aangewezen.

- Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

#### 2.1.13 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:

##### 2.1.13.1 Ambulancevervoer:

Vergoed worden de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer in Nederland

- uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (openbaar, taxi of auto) om medische redenen niet verantwoord is - zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, kraamcentrum of een instrumentenmaker voor het aanpassen van een prothese.

Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten krachtens de Standaard(pakket)polis - en met inachtneming van het eigen risico - geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen, daaronder begrepen de kosten die voor vergoeding krachtens de AWBZ in aanmerking (kunnen) komen. Vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling is een AWBZ-verstrekking.

### 2.1.13.2 Zittend ziekenvervoer:

Voor zittend ziekenvervoer (taxi of auto) worden de kosten vergoed indien de behandelend arts verklaart dat

- de verzekerde nierdialyses moet ondergaan.
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemo- of radiotherapie moet ondergaan.
- de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen.
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig beperkt is dat verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is.

Voorts kan een beroep worden gedaan op toepassing van een hardheidsclausule buiten de hierboven genoemde gevallen. Verzekerde dient dan volgens de verklaring van de handelend arts vanwege een langdurige ziekte of aandoening in verband met behandeling hiervan langdurig en gedurende meerdere keren per week te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer.

Aan de verzekeraar dient vooraf toestemming te worden gevraagd.

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van de eerste € 45,38 per gezin per kalenderjaar (voor alleenstaanden € 22,69 per kalenderjaar) niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,18 per kilometer.

### 2.1.14 Leukemie bij kinderen:

De kosten van de centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

### 2.1.15 Nierdialyse:

Bij niet-klinische hemodialyse in een dialysecentrum worden de kosten vergoed van de verleende nierdialyse, alsmede van het daarmee verband houdende onderzoek, de behandeling en de verpleging. Tevens worden de kosten verband houdende met de door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding vergoed.

Bij dialyse ten huize van de verzekerde komen behalve de hiervoor vermelde kosten ook de navolgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten voor redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat. Tevens vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de dialyse samenhangen. De kosten worden alleen vergoed voor zover niet andere wettelijke regelingen daarin voorzien;
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de hemodialyseapparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervangingsinbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse.

### 2.1.16 Organtransplantaties:

Vergoed worden de kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart/long, nier/pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de verzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende organtransplantatie.

### 2.1.17 Chronisch intermitterende beademing:

Vergeod worden de kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een medisch-specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

### 2.1.18 Audiologisch centrum:

Vergeod worden de kosten van zorg door een – daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten – audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

### 2.1.19 Trombosedienst:

Vergeod worden de kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een medisch-specialist.

### 2.1.20 Erfelijkheidsonderzoek:

Vergeod worden de kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

### 2.1.21 Dieetadvisering

Vergeod worden de kosten van maximaal vier uur behandeling per kalenderjaar per verzekerde, te verlenen door een diëtist. Er dient sprake te zijn van een verwijzing door arts of tandarts.

## 2.2 Buitenland

De in de polis vermelde woorden die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie zijn niet van toepassing op dit polisartikel.

### 2.2.1 Niet-spoedeisende zorg:

#### 2.2.1.1 Woonachtig in Nederland, zorg in een andere staat van de EU/EER:

De vergoeding van de kosten van zorg in een andere EU/EER-staat bedraagt ten hoogste 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van de Standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

De kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer of zittend ziekenvervoer worden in dat geval conform het bepaalde in artikel 2.1.13 vergoed tot het bedrag dat gelijk is aan de kosten van vervoer tussen de woonplaats van verzekerde en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou zijn verleend, indien deze in Nederland zou zijn geboden.

Ter toelichting: opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval, is het aan te bevelen dat de verzekerde in een voorkomend geval van te voren met de verzekeraar contact opneemt.

#### 2.2.1.2 Woonachtig buiten Nederland:

Indien verzekerde niet in Nederland woonachtig is, maar in een andere EU/EER-staat of ander verdragsland, bestaat in het woonland recht op vergoeding van kosten, overeenkomstig de aanspraken die een in Nederland woonachtige verzekerde op grond van deze polis heeft, echter op basis van het tarief dat van toepassing is in het betreffende woonland, onder aftrek van het op de polis geldende eigen risico en de eigen bijdragen.

Indien de verzekerde niet-spoedeisende zorg in Nederland of in een andere EU/EER-staat dan het woonland betreft, dan is de vergoeding van de kosten achtereenvolgens gebaseerd op de in Nederland in rekening gebrachte tarieven, dan wel bedraagt deze maximaal 100 % van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verleend en op basis van de dekking van de Standaard(pakket)polis zou zijn vergoed.

Artikel 2.2.1.2 is van overeenkomstige toepassing indien de verzekerde als in Nederland



werkende grensarbeider of gezinslid van een zodanige grensarbeider woonachtig is in één van de landen waarmee Nederland een bilateraal verdrag op het gebied van de sociale zekerheid heeft gesloten.

## 2.2.2 **Spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland:**

2.2.2.1 Indien verzekerde, woonachtig in Nederland (dan wel woonachtig in een andere EU/EER-staat), buiten zijn woonland verblijft, heeft hij aanspraak op vergoeding van kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg. Deze aanspraak omvat:

- medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis gepaard gaande met opname gedurende maximaal 365 dagen per ziektegeval;
- medisch-specialistische zorg zonder opname;
- behandeling door een huisarts;
- farmaceutische zorg op voorschrift van een huisarts of een medisch-specialist.

Voornoemde kosten worden vergoed tot ten hoogste 200 % van de kosten die, met toepassing van verzekeringsvoorwaarden, zouden worden vergoed indien de verzekerde de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Er wordt geen vergoeding verleend als de betreffende behandeling kan worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland, dan wel het woonland.

2.2.2.2 Vergoeding van de kosten van de in het vorige lid genoemde zorg omvat voorts vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer of zittend ziekenvervoer, conform het bepaalde in artikel 2.1.13, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch-specialist.

2.2.2.3 Vergoeding van de in het artikel 2.2.2.1 bedoelde kosten tot ten hoogste 200 % wordt niet verleend, indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan.

2.2.3 De vergoeding van de verzekerde kosten, bedoeld in artikel 2.2.1 en 2.2.2, geschiedt in Nederlands wettig betaalmiddel, met inachtneming van de verrekeningskoers op de dag waarop de desbetreffende rekeningen door de verzekeraar zijn ontvangen.

## 2.3 **Uitsluitingen:**

Geen aanspraak op vergoeding van kosten kan worden gemaakt:

2.3.1 indien verzekerde – als de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond – aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade, respectievelijk kosten op grond van enige andere verzekering, enige wet of andere voorziening, al dan niet van oudere datum, is de verzekering op basis van de Standaard(pakket)polis pas in de laatste plaats geldig. In een dergelijk geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken;

2.3.2 voor de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;

2.3.3. voor zorg die een verstrekking is van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, maar die, vanwege het feit dat verzekerde woonachtig is in het buitenland, niet krachtens de AWBZ kan worden vergoed;

2.3.4 voor onderzoek en behandeling door een psycholoog;

2.3.5 voor alternatieve geneeswijzen;

2.3.6 voor geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;

2.3.7 voor vormverbeterende behandelingen/operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;



### 2.3.8 voor de navolgende behandelingen:

- behandeling bij snurken (uvuloplastiek);
- behandeling voor correctie van bovenoogleden, voor correctie van de oorstand en voor correctie van de buikwand (vetschortoperatie);
- behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het betreft ook operaties ter vervanging van (gedeeltelijke) borstprothesen;
- behandeling gericht op de circumcisie van de verzekerde;

2.3.9 voor alle behandelingen gericht op, of gepaard gaand met, het bevorderen of tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde;

2.3.10 voor sterilisatiebehandelingen en hersteloperaties na sterilisatie, zowel voor man als vrouw;

2.3.11 voor kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;

2.3.12 voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken, keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de regeling Farmaceutische Zorg anders is bepaald;

2.3.13 voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. Dit overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeerd;

- indien de schade is veroorzaakt door terrorisme is de dekking gelimiteerd tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangt van de NHT (Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade). Zowel een omschrijving van de voornoemde definities als het clauseleblad terrorisme-dekking is op aanvraag bij de verzekeraar verkrijgbaar.

2.3.13.1 voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan.

2.3.13.1.1 De uitsluiting onder 2.3.13.1 geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979, 225).

2.3.13.1.2 Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt 2.3.13.1.1 geen toepassing.

## 3. ALGEMEEN

### 3.1 Grondslag van de verzekering:

De grondslag van de verzekering vormen de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden, het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden alsmede het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier. De schriftelijke gegevens die bij het aanvraagformulier afzonderlijk door de verzekerde zijn verstrekt vormen, met de bij een eventuele keuring verstrekte gegevens, de grondslag van de verzekeringsovereenkomst en maken daar deel van uit. Verzwijging, onvolledige of onjuiste beantwoording van door of namens de verzekeraar gestelde vragen, kan voor de verzekeraar aanleiding zijn de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsovereenkomst in te roepen.

### 3.2 Kinderen:

3.2.1 Voor kinderen, geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen vier maanden na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen.

#### 3.2.2 Meeverzekerd kunnen worden:

- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- en adoptiekinderen tot 18 jaar;
- de ongehuwde eigen, stief-, pleeg-, en adoptiekinderen vanaf 18 jaar tot 30 jaar, mits voor die kinderen aanspraak bestaat op kinderbijslag, een uitkering krachtens de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (WTOS) of op persoonsgebonden aftrek wegens uitgaven voor levensonderhoud van kinderen ingevolge Artikel 6.1 en afdeling 6.4. van de Wet inkomstenbelasting 2001, jo.Artikel 35 en 36 van de Uitvoeringsregeling inkomstenbelasting 2001.

#### 3.3 Opname in een hogere dan de verzekerde klasse:

Bij opname in een ziekenhuis in een hogere klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de derde klasse.

#### 3.4 Begin en einde van de vergoeding:

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

#### 3.5 Registratie van persoonsgegevens:

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

## 4. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGNEMER

### 4.1 De verzekeringnemer is verplicht:

4.1.1 de behandelend huisarts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;

4.1.2 aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;

4.1.3 de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;

4.1.4 de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij de verzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;

4.1.5 bij medisch-specialistische zorg een verwijzing van de medisch-specialist, huisarts, bedrijfsarts of tandarts over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt;

4.1.6 bij (kinder)fysiotherapie, manuele therapie, oedeemtherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist over te leggen, indien de verzekeraar hierom vraagt.

4.2 Wanneer de belangen van de verzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de verzekeraar geen kosten te vergoeden.

## 5. PREMIE EN EIGEN RISICO

### 5.1 Premiebetaling:

- 5.1.1 De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, per maand, kwartaal, halfjaar of jaar bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoeding.

- 5.1.2 In geval van overlijden van de verzekerde, dan wel na ontvangst door de verzekeraar van de mededeling van de inschrijving als ziekenfondsverzekerde, vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum, dan wel de dag volgend op de datum van ontvangst van het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde.

### 5.2 Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de verzekeraar schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

Behoudens in geval van beëindiging wordt de dekking weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de verzekeraar zijn ontvangen.

### 5.3 Eigen risico:

- 5.3.1 Voor de bepaling van het eigen risico van € 500,00 per gezin (€ 250,- per alleenstaande), is de (gezins)situatie bij aanvang van de verzekering of de (gezins)situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico berekend door het verschuldigde eigen risico in het betreffende kalenderjaar te vermengvuldigen met het aantal maanden waarop de verzekeringsovereenkomst in dat jaar betrekking heeft gehad, gedeeld door twaalf. Bij het aangaan van een verzekering wordt de maand waarin deze tot stand komt buiten beschouwing gelaten. Bij het einde van een verzekering wordt de maand waarin deze wordt beëindigd, als volle maand meegeteld.

Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het vol maken van een eigen risico.

- 5.3.2 Indien de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

### 5.4 Kennisgeving:

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals het van kracht worden van een verzekering ingevolge de Ziekenfondswet of enige andere publiekrechtelijke regeling, het vervallen van recht op WSF-studiefinanciering, verhuizing, huwelijk, samenwoning, echtscheiding, geboorte, overlijden, van e.d..

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## **6. HERZIENING VAN PREMIE OF VOORWAARDEN**

- 6.1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende polissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties.
- 6.2 De verzekeringnemer, die niet met een dergelijke herziening akkoord gaat, kan de verzekering per de in 6.1 genoemde datum beëindigen, mits hij dit binnen 30 dagen daarna schriftelijk aan de verzekeraar mededeelt. De premie over de niet verstreken periode wordt dan teruggegeven.
- 6.3 Heeft de verzekeraar binnen 30 dagen na de in het eerste lid genoemde datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

## **7. DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING**

- 7.1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij verzekeringnemer ten minste drie maanden voor het einde van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.
- 7.2 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de verzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens in geval van beëindiging na schorsing, zoals bedoeld in 5.2.
- 7.3 De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis gesteld te worden.
- 7.4 De verzekering eindigt automatisch voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer in Nederland woonachtig is, dan wel niet in een andere EU/EER-staat woonachtig is of wordt. Tevens eindigt de verzekering indien verzekerde in de EU/EER-staat waarin hij woonachtig is, werkzaam wordt of een uitkering krachtens een regeling van die staat ontvangt.
- 7.5 De verzekering eindigt voor kinderen op het moment waarop niet meer wordt voldaan aan het gestelde onder 3.2.  
Deze personen hebben het recht zich zelfstandig te verzekeren op dezelfde voorwaarden en tegen de geldende premie voor volwassenen.
- 7.6 De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar van de verzekerde het bewijs van inschrijving als ziekenfondsverzekerde ontvangt. De verzekering eindigt eveneens op het moment dat verzekeringsplicht ingevolge de Zorgverzekeringswet ontstaat. (Dit wetsvoorstel beoogt in de plaats te komen van de thans geldende Ziekenfondswet en de Wtz 1998).

## **8. GESCHILLEN EN KLACHTEN**

- 8.1 Alle geschillen voortkomend uit de bepalingen van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998, dan wel de inhoud van deze verzekeringsovereenkomst kunnen worden voorgelegd aan de Beroepscommissie Wtz, Postbus 520, 3700 AM Zeist binnen zes maanden na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. De Beroepscommissie beslist bij wege van bindend advies over het voorgelegde geschil.
- 8.2 Klachten kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de verzekeraar, ter bemiddeling worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman bemiddelt bij klachten, maar brengt geen bindend advies uit.
- 8.3 Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

## 9 HOE TE HANDELEN ALS U EEN BEROEP WILT DOEN OP UW ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

### 9.1 Opname in ziekenhuis of verpleeginrichting

Vóór de opname ons inlichten; telefonisch via (058) 234 53 30, of het daarvoor bestemde formulier (aangifte ziekenhuisopname) invullen en opsturen.

### 9.2 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.

### 9.3 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.

### 9.4 Fysiotherapie

Fysiotherapie wordt vergoed, vanuit de aanvullende verzekering, op verwijzing van een arts, bedrijfsarts of specialist. Wij verzoeken u om met de declaratie een kopie van de verwijfsbrief mee te zenden. Als er na 9 behandelingen nog vervolgbehandelingen moeten plaatsvinden vanwege chronische klachten, moet u hiervoor een aanvraag doen door middel van een behandelplan. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 56 53.

### 9.5 Vooraf aanvragen van behandelingen

Voor enkele behandelingen of verstrekkings moeten wij vooraf toestemming hebben verleend. Dit betreft o.a. plastische chirurgie, hulpmiddelen, vruchtbaarheidsbevorderende behandeling, maagband, behandelingen in het buitenland en gebitsprothese (bij volledige prothese > € 1.000,- en bij onder- of bovenprothese > € 500,-). Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

**Inzenden van rekeningen**

### 9.6 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 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.

### 9.7 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.

### 9.8 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 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.

### Belangrijke telefoonnummers

#### Verkoop en informatie

(058) 234 55 55 Voor een offerte of informatie in verband met een 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 informatie-afdeling.

(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

(058) 234 53 64 Faxnummer.

#### Schade (Opname en vergoedingen)

(058) 234 53 30 Melden van een opname of ontslag uit een ziekenhuis of verpleeginrichting of vragen over de FBTO Zorgbemiddeling.

(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).

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