

FBTO ZIEKTEKOSTENVERZEKERING



Voorwaarden Modulepolis

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

Formulier: Aangifte ziekenhuisopname

Formulier: Behandelplan fysiotherapie

Ingangsdatum 1 juli 2001

1. INLEIDING

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 van FBTO.

Beheer (polisadministratie)

(058) 234 55 50 Voor vragen over de polis of 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;
 (058) 234 53 64 Faxnummer van FBTO.

Schade (opname en vergoedingen)

(058) 234 53 30 Melden van een opname of ontslag uit een ziekenhuis of verpleeg-
 inrichting of vragen over de FBTO Zorgbemiddeling.
 (058) 234 53 33 Voor vragen over vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist.
 (058) 234 54 50 Voor vragen over dan wel het aanvragen van FBTO Zorgservice
 (kraamhulp).
 (058) 234 56 53 Voor vragen over afwikkeling schadenota's (declaraties).
 (058) 234 53 12 Faxnummer van FBTO.
 (058) 234 56 46 FBTO-Telefoondokter®. Elke maandag tussen 19.00 en 21.00 uur
 (behalve op feestdagen).

Hoe te handelen als u een beroep wilt doen op uw Modulepolis vindt u na artikel 20 op bladzijde 18.

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.

Euro

Waar in deze voorwaarden Euro (€) wordt genoemd, moet dit tot 28 januari 2002 worden gelezen als gulden, met inachtneming van de geldende koers (1 Euro = 2,20371 gulden).

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 uitvoeringsbeschikking Inkomstenbelasting 1964, 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 de zorgverlening volgens algemeen erkende medisch wetenschappelijke overwegingen.

Orthodontie

Gebitsregulatie.

Regeling Farmaceutische Zorg

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

Regeling Hulpmiddelen

De Regeling Hulpmiddelen vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

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, die een bloedstollingsstoornis heeft, 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 verzekerde bent u en de met u op de polis genoemde gezinsleden.

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 in Nederland per ziekenauto, taxi, eigen auto, huurauto, veerboot of helikopter van en naar de plaats waar de zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Helikoptervervoer beperkt zich tot vervoer van en naar de Waddeneilanden. 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.

Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Indien u vooraf een bruikleenovereenkomst heeft ondertekend, vergoeden wij de kosten van de huur of het in bruikleen hebben van deze apparatuur gedurende maximaal 18 maanden.

Borstprothese

U heeft recht op een vergoeding van een gebruiksklare borstprothese indien er sprake is van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier. De bevestigingsmaterialen vergoeden wij niet.

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 vergoed.

Hartbewaking thuis

Voor personen die op een wachtlijst staan voor een hartoperatie of een dotterbehandeling wordt tot de ingreep een electrocardiofoon met doorlopende medische ondersteuning beschikbaar gesteld. Na de ingreep kan deze service met maximaal drie maanden worden verlengd. Voorwaarde is dat vooraf toestemming is gegeven door onze medisch adviseur, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

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 de Regeling Hulpmiddelen van toepassing. Deze regeling 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 Euro-transplant 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);
- inentingen tegen hondsdoelheid;
- hart- en bloedvatenonderzoek.

Preventieve vaccinaties (door huisarts of specialist)

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;
- Gamma globuline.

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

De eigen bijdrage die u moet betalen bij verblijf in een logeerhuis dat verbonden is aan een ziekenhuis wordt volledig vergoed.

Specialistische hulp

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

Sportmedisch Adviescentrum

Wij vergoeden maximaal twee consulten per kalenderjaar bij een sportarts.

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 gevallen waarin 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.

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 te voren 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 € 0,20 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

a) Camouflagetherapie

U krijgt de kosten van camouflagetherapie vergoed tot maximaal € 100,- gedurende de looptijd van de verzekering.

b) Ergotherapie

Voor ergotherapie wordt, na verwijzing door een arts of specialist, maximaal € 400,- per persoon per kalenderjaar vergoed. Per bezoek wordt maximaal een bedrag van € 40,- vergoed.

c) Fysiotherapie/oefentherapie

Voor hulp door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar of Mensendieck worden, na verwijzing door een huisarts of specialist, 9 behandelingen vergoed. 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 maximaal drie maanden.

d) 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.

e) 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.

f) Manuele therapie

Wij vergoeden maximaal 9 behandelingen manuele therapie 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 het CTG-tarief vergoed.

g) Podo(reflex)therapie (voetzool(reflex)therapie)

Per bezoek wordt ten hoogste € 22,50 vergoed. Per verzekerde zullen per kalenderjaar maximaal 9 bezoeken worden vergoed. De hulpverlener dient lid te zijn van de Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten of de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten.

h) 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.

i) 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 tot face contact van 45 minuten. Per dag komt één consult voor vergoeding in aanmerking. Wij vergoeden maximaal € 55,- per consult. (Ortho)pedagogie, testen en onderzoeken vallen niet onder de dekking.

j) Stottertherapie

Stottertherapie volgens de methode Del Ferro wordt vergoed tot een maximum van € 750,-. Dit maximum blijft van kracht ook indien de verzekering onderbroken is geweest.

k) 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

a) 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 en osteopathie volstaat dat de zorgverlener lid is van een relevante Nederlandse beroepsvereniging.

b) 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

a) 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 voor- en nazorg.

Is voor een verblijf in het ziekenhuis 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.

b) Kraamzorg

Met betrekking tot kraamzorg kunt u kiezen uit twee mogelijkheden:

1. Kraamzorgvergoeding

Wij vergoeden maximaal een bedrag van € 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 na 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.

2. FBTO-Zorgservice

Voor kraamzorg thuis kunt u gratis gebruik maken van de FBTO-Zorgservice. Via een particulier bureau bemiddelen wij voor u bij het inkopen van kraamzorg in natura. Indien u gebruik wilt maken van deze service moet u dit tenminste drie maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij ons aanvragen.

c) 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.

Module Tandheelkundige hulp jeugd & orthodontie (tot 18 jaar)

a) 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.

Het kan voorkomen dat door een lichamelijke of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur noodzakelijk is. In dat geval vergoeden wij van het tarief per behandelingsuur. Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen, dient u vooraf toestemming te vragen.

b) 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.

De kosten van een erkende tandprotheticus vallen ook onder deze vergoedingsregel, alsmede de kosten van parodontologie en mondhygiëne.

Kronen, bruggen en inlay's 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 18de verjaardag deze module hebben afgesloten.

Kosten die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder deze module.

6. BUITENLANDDEKKING

a) De Modulepolis geeft u recht op vergoeding van acute medische hulp bij verblijf in het buitenland gedurende maximaal 6 maanden. 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. Voor de Modulepolis geldt een volledige vergoeding van 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 ander land van de Europese Unie 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. Wij adviseren u in voorkomende gevallen vooraf contact met ons op te nemen.

7. KOSTEN DIE WE NIET VERGOEDEN

7.1 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.

7.2 Wij vergoeden geen kosten voor:

- a) vorm- en/of uiterlijkverbeterende operaties, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of ernstige geboorte-afwijking;
- b) tandheelkundige implantaten en alle daarmee verband houdende kosten;
- c) haargroeimiddelen;
- d) het ongedaan maken van kunstmatig verkregen steriliteit;
- e) niet-erkende geneeswijzen, tenzij elders in de voorwaarden uitdrukkelijk staat vermeld dat wij deze wel vergoeden;
- f) de eigen bijdragen die gelden krachtens de AWBZ;
- g) hulp, verleend door een huisarts of specialist, verleend op een gebied dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening of tot zijn specialisme;
- h) de kosten van vaccinaties, zwangerschapstesten, keuringen, etc.;
- i) hulp, verleend door een hoogleraar voor zover het tarief uitgaat boven het tarief van een specialist/niet-hoogleraar. Het tarief voor de hoogleraar-specialist vergoeden wij wel als wij u daartoe vooraf toestemming hebben gegeven;
- j) hulp verleend door niet-erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureaus, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden, instituten voor multi-disciplinaire psychotherapie en orthopedagogen, diëtisten en voedingsdeskundigen;
- k) verblijf in een hotel bij bezoek aan een privékliniek;
- l) kosten van medische behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn/haar gezinsleden in de eerste lijn in rekening brengt;
- m) vervoer om vanuit een medische instelling met weekend- of vakantieverlof te gaan.

8. UITSLUITINGEN

Geen aanspraak op vergoeding kan worden gemaakt:

- a) voor de kosten die zijn veroorzaakt of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij;
- b) voor kosten die het beoogde of zekere gevolg zijn van uw handelen of nalaten.

9. VRIJE KEUZE VAN ARTSEN

9.1 U bent vrij in de keuze van zorgverlener.

9.2 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.

10. VERPLICHTINGEN BIJ SCHADE

- 10.1 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.
- 10.2 U bent verplicht al het mogelijke te doen om ons of onze medisch adviseur de noodzakelijk geachte informatie te verschaffen.
- 10.3 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.
- 10.4 Geen recht op vergoeding bestaat, indien u de bovengenoemde verplichtingen niet bent nagekomen en daardoor onze belangen hebt geschaad.

11. EIGEN RISICO

- 11.1 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 verstrekken.
Bij beëindiging van uw verzekering in de loop van een kalenderjaar is het volledige eigen risico van toepassing.
- 11.2 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uitkomen.
- 11.3 Kosten die niet voor vergoeding in aanmerking komen tellen ook niet mee voor overschrijding van het eigen risico-bedrag.
- 11.4 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.
- 11.5 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.
- 11.6 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.
- 11.7 Een verplicht eigen risico is een door ons opgelegd eigen risico bij aanvang van deze verzekering en kan niet worden gewijzigd.

12. VERGOEDING VAN UW NOTA'S

- 12.1 **Voorwaarden voor vergoeding**
 - 12.1.1 U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten die zijn gemaakt gedurende de periode dat de dekking van kracht is.
 - 12.1.2 De datum waarop de hulp is verleend is bepalend voor de vaststelling van de vergoeding.
 - 12.1.3 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.
 - 12.1.4 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen.
- 12.2 **Betaling van de vergoedingen**
 - 12.2.1 Wij vergoeden de kosten aan u of aan de zorgverlener.
 - 12.2.2 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.

- 12.2.3 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.
- 12.2.4 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 eenmalig per jaar achteraf van ons een nota voor het terugbetalen van het bedrag, dat geheel of gedeeltelijk (nog) ten laste van het eigen risico komt.
- 12.3 **Verhaalsrecht**
 - 12.3.1 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.
 - 12.3.2 Wanneer onze belangen worden geschaad doordat u bovenstaande verplichtingen niet nakomt, hoeven wij geen kosten te vergoeden.

13. PREMIEBETALING

- 13.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 13.2 U (verzekeringnemer) mag geen premie verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
- 13.3 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.
- 13.4 Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten voor uw rekening.
- 13.5 U (verzekeringnemer) blijft verplicht achterstallige premie en kosten te betalen.
- 13.6 Uw recht op vergoeding van medische kosten wordt hersteld na ontvangst van alle achterstallige premie en kosten.
- 13.7 Onder premie en kosten worden in dit artikel verstaan: premie(s), wettelijke bijdragen, verdragingsrente, administratiekosten en buitengerechtelijke kosten.
- 13.8 Premiebetaling vindt uitsluitend plaats via automatische incasso.
- 13.9 Voor elke polisafgifte worden administratiekosten in rekening gebracht.

14. INGANGSDATUM EN DUUR VAN UW VERZEKERING

- 14.1 Uw verzekering gaat in op de datum die op de polis als ingangsdatum staat vermeld.
- 14.2 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.
- 14.3 Uw verzekering wordt telkens automatisch met een jaar verlengd.

15. WIJZIGING VAN PREMIES EN/OF VOORWAARDEN

- 15.1 Wij zijn bevoegd de premie en/of de voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en/of de voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door ons te bepalen datum. U (verzekeringnemer) wordt van de wijziging in kennisgesteld.

- 15.2 Als u (verzekeringnemer) niet instemt met zo'n wijziging dient u dit schriftelijk aan ons te melden binnen 30 dagen nadat de wijziging ingaat. Uw verzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- 15.3 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 wijziging gaat in op 1 januari volgende op de verhuizing.

16. WIJZIGINGEN EN EINDE VAN UW VERZEKERING

- 16.1 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 (voor kinderen die u binnen een maand na hun geboorte aanmeldt, geldt dat de verzekering vanaf de geboorte van kracht is);
 - 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 dag dat de verplichte verzekering ingaat mits is voldaan aan de wettelijke inschrijftermijn. Voor het ziekenfonds geldt een inschrijftermijn van 60 dagen na ontstaan van het recht. Na deze wettelijke termijn beëindigen wij de verzekering van u of van uw gezinsleden per de datum waarop er recht bestaat op verstrekking. 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.
- 16.2 Wij mogen er van uitgaan dat mededelingen u hebben bereikt wanneer ze zijn verzonden naar het bij ons laatst bekende adres.
- 16.3 Uitbreiding van de dekking kan steeds per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin het verzoek is ontvangen. Er geldt een wachttijd van zes maanden alvorens de dekking van kracht is.
- 16.4 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.
- 16.5 Uw verzekering eindigt wanneer u de 65-jarige leeftijd bereikt. Wij kunnen u aansluitend op de Standaardpakketpolis verzekeren.
- 16.6 U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen door voor 1 januari schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend.
- 16.7 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 ziektekosten-module. Over het tijdstip van beëindiging is overleg mogelijk;
- indien u zich in het buitenland vestigt.

17. 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.

18. 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.

19. 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).

20. 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 de onder lid 1 of 2 (van dit artikel) genoemde hulp:

1) alle formaliteiten ter plaatse;

- het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland, maar ook het betalen van de kosten met betrekking tot dit transport;

2) tot het bedrag dat zou zijn vergoed in geval van transport van het stoffelijk overschot naar Nederland vergoeden wij:

- de kosten van begraving of crematie ter plaatse;

- 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 begraving of crematie ter plaatse geschiedt.

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;

2) voor ten hoogste twee van de betrokken verzekerden: als onder 3.5.1 beschreven en we 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;
- voorzover dit op grond van geldende douanebepalingen is toegestaan.

2) De aankoopkosten van deze medicijnen, prothesen 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,-.

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

a. 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 (u vindt een exemplaar achterin 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.

d. Kraamzorg

U kunt voor kraamzorg kiezen tussen bemiddeling bij hulp in natura via FBTO Kraamzorg-Service of een uitkering in geld. Voor de kraamzorg in natura geldt dat deze uiterlijk 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum moet worden aangevraagd. Voor meer 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 vervolgbehandelingen moeten plaatsvinden, moet u hiervoor een aanvraag doen door middel van een behandelplan (u vindt een exemplaar achter in deze voorwaarden).

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;
- een behandeling door een hoogleraar-specialist.

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

INZENDEN VAN REKENINGEN

g. 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

Bij FBTO kunt u ook gebruik maken van 48 uren declaratieverwerking (2 werkdagen). Dit kan bijvoorbeeld van belang zijn als u de nota in eerste instantie zelf heeft betaald en u snel de uitkering wilt ontvangen. 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

h. FBTO Modulepolis zonder vrijwillig 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 nota-verwerking 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.

i. FBTO Modulepolis met een vrijwillig 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.

j. Telefoon dokter®

Elke maandag (met uitzondering van feestdagen) tussen 19.00 en 21.00 uur houdt de FBTO-Telefoon dokter® 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-Telefoon dokter® is: (058) 234 56 46.

k. 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.



FBTO, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden
www.fbto.nl

FBTO IS ONDERDEEL VAN ACHMEA