

Voorwaarden Zorgverzekering aanvullende modules

Inhoudsopgave

Contact	P.4
Hoe te handelen	P.5
Algemene voorwaarden	P.11
Productvoorwaarden aanvullende zorgverzekering	P.27
Module Alternatieve geneeswijzen	P.37
Module Buitenland	P.41
Module Calamiteiten	P.45
Module Gezichts zorg en Orthodontie	P.47
Module Gezinsplanning	P.51
Module Therapieën	P.55
Module Tandheekkundige hulp volwassenen	P.61
Module Extra Zorg	P.63

Contact

Telefoon:

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

Speciale telefoonnummers:

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

Fax:

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

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.
Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw verzekeringen kunt u via Mijn FBTO doen.

Schriftelijk:

FBTO
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden
(Informatie over het indienen van nota's kunt u terugvinden onder het hoofdstuk 'Hoe te handelen')

E-mail:

Vragen met betrekking tot offertes:
info@fbto.nl

Vragen met betrekking tot de polis of de premienota en het doorgeven van wijzigingen:
administratie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:
uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist of zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's: zorg.machtigingen@fbto.nl

Vragen met betrekking tot acceptatie:
acceptatie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot GGZ:
ggz.fbto@achmea.nl

Vragen met betrekking tot zorgverleners:
info.zorgverleners@fbto.nl

Wij verzoeken u op alle correspondentie en nota's het Burgerservicenummer van de betreffende verzekerde te vermelden.

Hoe te handelen

Inzenden van nota's

Algemeen

Alleen de originele nota's, niet ouder dan 36 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, worden in behandeling genomen. Voor nota's ouder dan 12 maanden kan een aangepaste vergoeding plaatsvinden (zie artikel 17 lid 5 van de voorwaarden).

In verband met de werking van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is het belangrijk dat u al uw ziektekostennota's bij FBTO indient. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

(Online)Declareren

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

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

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

Let op: u moet pop-ups via de pop-up beveiliging in uw browser uitschakelen om deze handeling uit te kunnen voeren.

Stap 3. Na het uploaden kunt u aangeven aan wie FBTO de nota betaalt, aan u of aan de zorgverlener. Houd er daarbij rekening mee dat de nota aan u wordt betaald als (een gedeelte van) de nota voor uw rekening komt door uw verplicht of vrijwillig eigen risico.

Stap 4. Vervolgens verstuurt u de nota aan FBTO. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt een imagenummer waaronder FBTO de nota registreert.

FBTO verwerkt uw nota('s) binnen 2 werkdagen na ontvangst met uitzondering van nota's ouder dan 12 maanden. Binnen 7 werkdagen ontvangt u, of de door u gekozen zorgverlener, de vergoeding. Nadat u uw nota aan FBTO heeft toegezonden, vragen wij u de originele nota een jaar in uw administratie te bewaren. Steekproefsgewijs kunnen wij u vragen de ingediende nota op te sturen. Wij vragen deze nota's op in verband met controle op fraude.

Wanneer u niet in de mogelijkheid bent uw nota's digitaal te versturen dan kunt u uw

originele nota's schriftelijk toesturen aan FBTO. Hiervoor moet u de volgende stappen volgen:

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

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

Stap 3. Stuur de nota('s) naar:

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

FBTO verwerkt deze nota's binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding binnen 10 dagen na ontvangst op uw bank- of girorekening staat.

Eigen risico (Verplicht)

Het verplicht eigen risico is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van 18 jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw verplicht eigen risico van maximaal € 170,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 18 jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico.

Eigen risico (Vrijwillig)

Naast het verplicht eigen risico kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 0,- tot € 500,- in stappen van € 100,-. Hoe hoger uw eigen risico, hoe hoger uw korting op de premie voor de basisverzekering. Uw vrijwillig eigen risico wordt pas aangesproken als uw verplicht eigen risico van € 170,- per persoon per jaar is overschreden. De kosten van huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 18 jaar vallen niet onder het door u gekozen vrijwillig eigen risico (zie hiervoor artikel 10 van de FBTO Zorgverzekering Voorwaarden Basisverzekering).

Maandelijks gaan wij na of wij zorgkosten hebben voorgeschoten die invloed hebben op het (vrijwillig) eigen risico. Als dit het geval is, vorderen wij die (gedeeltelijke) kosten middels automatische incasso van het bij ons bekende rekeningnummer.

Medische kosten in het buitenland

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 (58) 234 56 50. Dit nummer is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp nodig is, bijvoorbeeld in geval van een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling.

In overige gevallen verzoeken wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten en de nota bij terugkomst in Nederland bij ons te declareren.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan

€ 200,- worden aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Wanneer u gebruik maakt van deze zorgverleners dan worden de nota's rechtstreeks door ons betaald.

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

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's.

Wij hanteren voor het omrekenen van valuta bij buitenlandse declaraties de omrekenkoers van De Nederlandse Bank (DNB). FBTO gaat hierbij uit van de factuurdatum van de nota('s).

De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld.

Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. De kosten van het vertalen worden niet door ons vergoed.

Bij behandelingen met toestemming vooraf geldt

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

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

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden.

Wij raden u aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

De Voordelen van uw FBTO Zorgverzekering:

20% korting op brillen bij Specsavers

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en/of diensten.

20% korting op lidmaat- schapkosten bij Achmea Health Centers

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en/of diensten.

10% korting op tarieven van Flexitax

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en/of diensten.

Behandeling:

Met deze unieke service heeft u toegang tot alle topspecialisten en ziekenhuizen uit ons wereldwijde zorgnetwerk. Door gebruik te maken van dit netwerk kunt u bij deze artsen en medische centra snel terecht.

De dienstverlening bestaat uit:

- Opvragen medisch dossier
- Afspraak maken met de behandelend specialist
- Opvang en inschrijving in het ziekenhuis
- Begeleiding tijdens consulten
- Begeleiding van evt. aanwezige familie/vrienden

FBTO Alarmcentrale

BijFBTObentuoptimaalverzekerd.Wantnaastdezakendieperdefinitie bij de betreffende verzekering horen, zijn er heel veel zaken waarvoor u de FBTO Alarmcentrale kunt inschakelen.

Hartlijn

Als u bent aangesloten bij Motiva via een gecontracteerd ziekenhuis kunt u met technische vragen terecht bij de "Hartlijn" van het Medical Service Center van Achmea telefoonnummer +31 (0900) 42 78 596. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 17.00 uur.

Kleur in je Leven

De HYPERLINK "<http://www.kleurjeleven.nl/>"_blank" cursus 'Kleur je leven' is een online internet zelfhulp cursus die u kan helpen de toekomst positief en met zelfvertrouwen tegemoet te zien. Het programma is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven (RIVM). De cursus kan in eigen tijd en eigen tempo gevolgd worden. Om de online zelfhulp cursus 'Kleur in je leven' te volgen hebt u geen verwijzing van een arts nodig. U krijgt de cursus volledig vergoed met uw FBTO Ziektekostenverzekering.

Korting GezondNu

Korting van 50% op het abonnement van GezondNu. Het grootste gezondheidsblad van Nederland.

**MammaPrint bij
borstkanker**

De MammaPrint is een diagnostische test bij borstkanker. Deze test geeft uitsluitend over hoe agressief een borsttumor is. Een behandelend arts kan met de MammaPrint nog beter bepalen of chemotherapie, na het verwijderen van de tumor, nodig is. Met de FBTO Ziektekostenverzekering krijgt u de MammaPrint 100% vergoed als uw behandelend arts een MammaPrint medisch noodzakelijk vindt. Het verplicht eigen risico is niet van toepassing op deze vergoeding.

**Telemonitoring bij
chronisch hartfalen**

Als u bent aangesloten bij Motiva via een gecontracteerd ziekenhuis kunt u met technische vragen over telemonitoring terecht bij de "Hartlijn" van het Medical Service Center van Achmea telefoonnummer +31 (0900) 42 78 596. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 08.00 - 17.00 uur.

The Coach Program

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

Vakantiedokter

Gratis advies bij niet spoedeisende medische vragen voor en/of tijdens vakantie via +31 (71) 36 41 802.

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van de kinderen heeft al twee dagen last van buikpijn. Wat doet u dan? Gaat u naar de plaatselijke dorpsdokter? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter!

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (71) 36 41 802. U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn. Als het nodig is, verbindt die u meteen door met een verpleegkundige of een arts.

Werkwijze:

Om een behandeling of advies aan te vragen neemt u als FBTO zorgverzekerde contact op met de Zorgbemiddeling van FBTO tel. (058) 234 53 33.

Lees meer www.royaldoctors.nl/behandeling/fbto/index.php

Zorgbemiddeling

Buitenland

Een van de vele voordelen van uw FBTO zorgverzekering is onze Zorgbemiddeling buitenland. Wij zorgen er samen met onze partners voor dat alles geregeld wordt wanneer u voor een medische behandeling in het buitenland wordt behandeld. Dan kunt u zich volledig richten op uw herstel of behandeling.

Zorggarantie

Resultaatverplichting op 65 behandelingen in gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra's. Neem contact op met de Afdeling Zorgbemiddeling 058 – 234 53 33.

Wijzigen van modules

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

Wachttijden

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

- Module Gezichtsorg en Orthodontie:
Voor de module Gezichtsorg en Orthodontie geldt voor plastische chirurgie een wachttijd van 24 maanden.
- Module Therapieën:
Wanneer u de module Therapieën niet gelijktijdig met de Zorgverzekering (Basisverzekering) afsluit, is er voor paramedische zorg sprake van een wachttijd van zes maanden. Deze wachttijd geldt ook wanneer u een hogere dekking afsluit. Bijvoorbeeld wanneer u uw dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekerd voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden.
- Module Tandheeskundige hulp volwassenen:
Er geldt voor kronen, bruggen, inlays, enkele implantaten en parodontologische behandelingen in de module tandheeskundige hulp een wachttijd van zes maanden. Verzekerden die achttien worden en de module tandheeskundige hulp vanaf de eerstvolgende maand volgend op hun verjaardag afsluiten, vervalt deze wachttijd.

Voor het doorgeven van wijzigingen in uw FBTO Zorgverzekering kunt u terecht op fbto.nl.

Algemene Voorwaarden

H1	Algemene definities en basisafspraken	P.12
1	Onze algemene definities	
2	Onze basisafspraken	
H2	Geldigheidsduur en veranderingen	P.14
3	Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en FBTO? En hoe lang?	
4	Kan FBTO de overeenkomst wijzigen? En wat betekent dit voor u?	
5	Welke wijzigingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?	
6	Wanneer kunt u of FBTO de overeenkomst opzeggen?	
H3	Verhuizen	P.16
7	Wat verwacht FBTO van u als u verhuist?	
8	Waarom is goede adressering zo belangrijk?	
H4	Algemene regels en uitsluitingen	P.17
9	Welk recht en welke taal zijn van toepassing?	
10	Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?	
11	Wat zijn de gevolgen van fraude?	
12	Wat betekent de terrorismeclausule voor u?	
13	In welke gevallen kunt u geen beroep op FBTO doen?	
14	Welke kosten vergoedt FBTO niet?	
H5	Premie	P.21
15	Betaling van uw premie	
H6	Vergoeding van medische kosten	P.22
16	Welke regels gelden als u medische zorg inroept?	
17	Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van de medische kosten?	
18	Op welke wijze vergoedt FBTO de nota's van medische kosten?	
H7	Andere verzekeringen	P.24
19	Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?	
H8	Klachten	P.25
20	Hoe handelt u bij klachten?	

H1 Algemene definities en basisafspraken

ARTIKEL 1 *Onze algemene definities*

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. wij, ons, onze, FBTO: is een handelsnaam van Achmea Zorgverzekeringen N.V. K.v.K. 28080300 en is geregistreerd bij de AFM.
- b. u, uw: de persoon, die de overeenkomst sluit.
- c. verzekerde: de persoon of personen, die u met deze overeenkomst verzekerd hebt.
- d. contractsvervaldag: de datum, waarop de overeenkomst met één jaar wordt verlengd.
- e. kalenderjaar: de periode van 1 januari tot en met 31 december.

ARTIKEL 2 *Onze basisafspraken*

2.1 Wij baseren deze overeenkomst met u op:

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

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

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

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

H2 Geldigheidsduur en veranderingen

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

- 3.1 De overeenkomst gaat in op de datum, die op de elektronische polis als igangsdatum is vermeld.
- 3.2 De looptijd van de overeenkomst is één kalenderjaar. Wanneer de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar ingaat, geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar.
- 3.3 De overeenkomst wordt daarna steeds met één kalenderjaar verlengd.

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

- 4.1 FBTO mag de premie en/of voorwaarden van deze overeenkomst wijzigen opeen door FBTO te bepalen datum. Wij informeren u altijd over wijzigingen. Als u geen gebruik maakt van uw recht dat in artikel 4 lid 2 staat, dan stemt u in met de wijziging.
- 4.2 U mag binnen één maand nadat de wijziging in de voorwaarden van kracht is geworden FBTO schriftelijk meedelen dat u – door deze wijziging – de overeenkomst wilt beëindigen. De overeenkomst eindigt dan op de datum dat de wijziging van kracht zou zijn geworden. Bij wijziging van de premie mag u opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop u het bericht heeft ontvangen en de datum van inwerkingtreding van de wijziging. Eventueel teveel betaalde premie betalen wij terug.
- 4.3 U hebt niet het recht de overeenkomst te beëindigen als:
 - FBTO de premie verlaagt of u betere voorwaarden aanbiedt;
 - de wijziging het gevolg is van wettelijke regelingen (zoals een wijziging van de omvan van de zorg op grond van de AWBZ of een wijziging van de Zorgverzekeringswet);
 - de wijziging van de premie het gevolg is van de leeftijdsgebonden tariefstructuur,
 - de wijziging van de premie het gevolg is van het sluiten van de Overeenkomst Zorgverzekeringswet bij een andere verzekeringsmaatschappij dan FBTO.

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

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

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

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

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

H3 Verhuizen

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

- 7.1** U stuurt FBTO – vòòr uw verhuizing – een adreswijziging.
- 7.2** U informeert FBTO als u of een verzekerde voor een aaneengesloten periode van twaalf maanden of langer buiten Nederland verblijven; zie artikel 6 lid 5.

ARTIKEL 8 *Waarom is goede adressering zo belangrijk?*

FBTO gaat ervan uit dat berichten die gestuurd zijn naar het laatst bekende (e-mail) adres u hebben bereikt.

H4 Algemene regels en uitsluitingen

ARTIKEL 9 *Welk recht en welke taal zijn van toepassing?*

- 9.1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 9.2 U en FBTO communiceren in de Nederlandse taal met elkaar.

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

- 10.1 FBTO handelt volgens de “Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen” welke is opgenomen in de “Gedragscode Zorgverzekeraars”. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl). U kunt de gedragscode ook opvragen bij Zorgverzekeraars Nederland, Postbus 520, 3799 AM Zeist, telefoonnummer (030) 698 89 11.
- 10.2 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, ter voorkoming en bestrijding van fraude, voor statistische analyse en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen en vastleggen bij de Stichting CIS te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. In dit kader kunnen deelnemers van Stichting CIS onderling gegevens uitwisselen. Zie voor meer informatie stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.
Wij kunnen uw persoonsgegevens ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Indien u hier geen prijs op stelt, dan kunt u dit schriftelijk melden aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden, of per mail aan relatiebeheer@fbto.nl.
- 10.3 Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers, administratieve dienstverleners e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de zorgverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

ARTIKEL 11 *Wat zijn de gevolgen van fraude?*

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

ARTIKEL 12 *Wat betekent de terrorismeclausule voor U?*

- 12.1** FBTO is, zoals bijna alle verzekeraars in Nederland, aangesloten bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT). Daarom kan FBTO de schade-uitkering beperken als er sprake is van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke. Ook preventieve maatregelen, handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, opzettelijke besmetting en dergelijke beperken de schade-uitkering.
- 12.2** De volledige clausule 'Afwikkeling Claims van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.' is als bijlage opgenomen. Bovendien kunt u voor meer informatie kijken op www.terrorismeverzekerd.nl.

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

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

ARTIKEL 14 *Welke kosten vergoedt FBTO niet?*

FBTO vergoedt niet de kosten, die verband houden met:

- 14.1** vorm- en/of uiterlijkveranderende operaties. FBTO kan – op een schriftelijk verzoek van u of uw arts – toestemming geven van deze regel af te wijken (bijvoorbeeld bij verminkingen door een ongeval, ziekte of ernstige geboortefwijking);
- 14.2** haargroeimiddelen;
- 14.3** het ongedaan maken van kunstmatig verkregen sterilisatie;
- 14.4** niet erkende geneeswijzen, behalve als in de verzekerde modules hiervan wordt afgeweken.
Om voor vergoeding van kosten voor ‘niet erkende geneeswijzen’ in aanmerking te komen neemt u de regelingen, die hierbij worden gesteld strikt in acht;
- 14.5** de eigen bijdragen, die volgens de AWBZ of de Zorgverzekeringswet voor uw rekening komen. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;
- 14.6** hulp, die een huisarts of medisch specialist verleent op een gebied, dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening van de huisarts of tot het specialisme van de medisch specialist;
- 14.7** kosten van vaccinaties (zoals bijvoorbeeld de grieprik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke. Deze regeling geldt niet als in de door u verzekerde module(s) hiervan wordt afgeweken;
- 14.8** hulp, die verleend wordt in niet erkende instellingen, zoals medisch opvoedkundige bureaus, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden;
- 14.9** hulp, die verleend wordt door orthopedagogen, diëtisten en voedingsdeskundigen;
- 14.10** overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privé-kliniek;

- 14.11** kosten van medische behandeling, die een zorgverlener aan zichzelf of zijn gezinsleden in rekening brengt;
- 14.12** vervoer om vanuit een medische instelling met weekeinde- of vakantieverlof te gaan;
- 14.13** het niet verschijnen van een verzekerde op een afspraak met de zorgverlener;
- 14.14** geneesmiddelen, die niet voldoen aan de begripsomschrijving 'Farmaceutische zorg' (zie artikel 1 Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering);
- 14.15** experimentele zorg en/of zorg, die niet voldoet aan de definitie 'medisch noodzakelijk' van artikel 1 van de Productvoorwaarden Aanvullende Zorgverzekering;
- 14.16** klassieke (orthopedische) steunzolen;
- 14.17** behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;
- 14.18** behandeling door een familielid.

H5 Premie

ARTIKEL 15 *Betaling van uw premie*

- 15.1** Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, incasseert FBTO het bedrag dat op de eerste premienota staat.
- 15.2** FBTO incasseert de eerste werkdag van iedere kalendermaand uw premie.
- 15.3** U mag geen premie en kosten, die FBTO in rekening brengt verrekenen met van ons te ontvangen vergoedingen.
- 15.4** FBTO deelt u mee wat de gevolgen zijn voor de geldigheid van deze overeenkomst als u te laat betaalt.
- 15.5** Als incasseren niet mogelijk is en deze overeenkomst uiteindelijk om die reden wordt beëindigd, dan wordt het openstaande bedrag verhoogd met incassokosten en wettelijke rente. Betaling van het gehele openstaande bedrag geeft u geen automatisch recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.
- 15.6** Uw betalingsverplichtingen blijven bestaan in de periode nadat deze overeenkomst is beëindigd.
- 15.7** FBTO kan het openstaande (premie)bedrag verrekenen met een u of de verzekerde toekomstige vergoeding uit deze overeenkomst. FBTO neemt titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek in acht.
- 15.8** U geeft uw bankinstelling geen opdracht voor het terugboeken van meer dan één termijnbetaling.

H6 Vergoeding van medische kosten

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

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

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

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

verleent u automatisch volmacht aan FBTO om het teveel betaalde van uw rekening te incasseren.

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

- 18.1** FBTO schrijft het u toekomende bedrag over op het door u opgegeven rekeningnummer.
- 18.2** Als u of de verzekerde de nota van de zorgverlener heeft betaald, vergoedt FBTO het u toekomende bedrag. Indien dit bedrag hoger is dan het bedrag waar de zorgverlener recht heeft, machtigt u FBTO om het teveel betaalde terug te vorderen op de betreffende zorgverlener.
- 18.3** Als de zorgverlener de nota in verband met het invoeren van medische zorg door u of een verzekerde aan FBTO zendt, vergoedt FBTO het bedrag waarop u of de verzekerde volgens de bepalingen van deze overeenkomst recht heeft rechtstreeks aan de zorgverlener.
- 18.4** Als u gebruik maakt van de FBTO Apotheek Service vergoedt FBTO de kosten voor medicijnen rechtstreeks aan de apotheker, met uitzondering van de eigen bijdrage. Deze service geldt niet voor medicijnen die vanuit de aanvullende module worden vergoed. Als er een eigen risico van toepassing is, ontvangt u (periodiek) een nota voor het bedrag dat - door het eigen risico - ten onrechte voor rekening van FBTO is gekomen.

H7 Andere verzekeringen

ARTIKEL 19 *Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?*

Als recht op vergoeding van de medische kosten door meer dan één verzekering, subsidie- of overheidsregeling word(t)(en) gedekt, wordt uw verzoek om vergoeding van de medische kosten in behandeling genomen met in acht neming van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek.

U machtigt FBTO het aan u betaalde bedrag geheel of gedeeltelijk terug te vorderen van de instantie tot wie u zich ook had kunnen wenden voor betaling van deze medische kosten.

H8 Klachten

ARTIKEL 20 *Hoe handelt u bij klachten?*

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

PRODUCTVOORWAARDEN
AANVULLENDE ZORGVERZEKERING

Productvoorwaarden aanvullende zorgverzekering

H9	Andere verzekeringen	P.29
H10	Premie	P.34
H11	Geldigheidsgebied	P.35
	Module Alternatieve geneeswijzen	P.37
H12	Rechten	P.38
H13	Vergoedingen	P.39
	Module Buitenland	P.41
H14	Rechten	P.42
	Module Calamiteiten	P.45
H15	Rechten	P.46
	Module Gezichtsverzorging en orthodontie	P.47
H16	Rechten	P.48
	Module Gezinsplanning	P.51
H17	Rechten	P.52
	Module Therapiën	P.55
H18	Rechten	P.56
	Module Tandheelkundige hulp volwassenen	P.61
H19	Rechten	P.62
	Module Extra zorg	P.63
H20	Rechten	P.64

H9 Andere verzekeringen

ARTIKEL 1 *Onze aanvullende definities Zorgverzekering*

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

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

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

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

Zie hiervoor de website: **www.huidtherapie.nl**;

- Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;
- Hulpmiddelenzorg: De voorziening in de behoefte aan hulpmiddelen, die in het Reglement Hulpmiddelen zijn beschreven. Het Reglement voldoet aan de eisen van de Minister. Ook verbandmiddelen vallen onder het begrip hulpmiddelenzorg. FBTO stelt eisen aan de omstandigheden, waaronder een beroep op hulpmiddelenzorg kan worden gedaan, de termijnen, waarop u recht hebt op de hulpmiddelenzorg en het volume van de hulpmiddelenzorg. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl; op verzoek ontvangt u dit reglement per post van FBTO;
- Kaakchirurg: Een tandartspecialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december;
- Kinderfysiotherapeut* : Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Kinder- of jeugdpsycholoog: Psycholoog, die is ingeschreven bij het NIP met de kwalificatie kinder- en jeugdpsycholoog;
- Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling;
- Logopedist*: Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”;
- Mantelzorg: de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familieleden, vrienden, kennissen en burens;
- Manueel therapeut*: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;
- Medisch adviseur: De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert;
- Medisch noodzakelijk: De noodzaak van verpleging, onderzoek en behandeling volgens in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen in een

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

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

- medisch noodzakelijke zorg naar het buitenland gaan (vanuit Nederland) artikel 3 lid3
- elektrische epilatie gezichtsbehairing artikel 13lid5
- plastische chirurgie (ooglid-, borst- en oorcorrecties) artikel 13lid7
- invriezen sperma artikel 14lid4
- couveuse nazorg artikel 14lid6
- psoriasisdagbehandeling artikel 15lid7
- therapeutisch kamp voor astmatische kinderen artikel15lid10

De genoemde artikelen geven uw rechten precies weer;

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

de branche erkende vakdiploma's en die voldoet aan de kwaliteitseisen van Pro Voet;

- Podotherapeut: Podotherapeut, die voldoet aan de eisen van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Stichting Loop en daarbij is aangesloten;
- Reglement Hulpmiddelen: Het Achmea Reglement Hulpmiddelen;
- Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie;
- Schoonheidsspecialist(e): Een rechtmatig gevestigde schoonheidsspecialist, die in het bezit is van het diploma Schoonheidsverzorging en die voldoet aan de kwaliteitseisen van ANBOS;
- Sportmassage: Een sportmasseur, die een licentie bezit van de NGS (Nederlands Genootschap voor Sportmassage) of NESM (Nederlandse Examen Stichting Sportverzorging en Massage);
- Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG;
- Tandprotheticus*: Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus";
- UPT-tarief: Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp;
- Verblijf: Opname met een duur van 24 uur of langer;
- Verloskundige: Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG;
- Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- Zelfstandig behandelcentrum: Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenhuis: Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;
- Ziekenvervoer: Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto, veerboot of helikopter van en naar de dichtstbijzijnde plaats waar een zorgverlener de medisch noodzakelijke zorg verleent. Van medisch noodzakelijk vervoer is sprake als het om medische redenen niet verantwoord is gebruik te maken van het openbaar vervoer;
- Zorgverlener: De aanbieder van medische zorg, die voldoet aan de eisen, die in deze overeenkomst worden gesteld. De diensten van de zorgverleners komen voor vergoeding in aanmerking voorzover hun declaratie overeenstemt met de afspraken, die tussen hun beroepsgroep en de zorgverzekeraars zijn gemaakt;
- Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten op grond van de WFT en aanvullende zorgverzekeringsproducten aanbiedt.

H10 Premie

ARTIKEL 2 *Hoe wordt uw premie berekend?*

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

H11 Geldigheidsgebied

ARTIKEL 3 *In welke landen bent u verzekerd?*

- 3.1** U kunt een beroep doen op deze overeenkomst als de zorg in Nederland wordt verleend.
- 3.2** Lid 1 is niet van toepassing als de module 'Buitenland' van toepassing is.
- 3.3** U kunt – voorafgaande aan de zorgverlening – schriftelijk een verzoek indienen bij de medisch adviseur van FBTO als u de medische zorg buiten Nederland wilt inroepen. Indien u niet akkoord bent met het advies van de medisch adviseur wijzen u en FBTO in overleg een medisch specialist aan. U en FBTO stellen een onderzoeksopdracht op voor deze medisch specialist. De specialist stelt een advies op – rekening houdend met de onderzoeksopdracht en deze overeenkomst – over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Op basis van dit advies neemt FBTO een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

ARTIKEL 4 *Welke modules zijn van toepassing?*

Op deze overeenkomst zijn uitsluitend van toepassing de modules, die op de elektronische polis zijn vermeld. U kunt uw polis raadplegen via MijnFBTO.nl.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

H12 Rechten

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

- 5.1** De zorg moet gegeven worden door een alternatief genezer of therapeut die voldoet aan de door FBTO opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen of raadplegen op fbto.nl. U raadpleegt de lijst vóórdat met de behandeling wordt begonnen. Bij twijfel informeert u bij FBTO, zodat er helderheid is over uw recht op vergoeding. U ontvangt geen vergoeding als de behandelaar niet is aangesloten bij de beroepsverenigingen, die op deze lijst staan, of de behandelaar een andere behandeling toepast dan de behandelingen waarvoor de kwaliteitseisen gelden.
- 5.2** Voor de kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast, kunt u kiezen uit 2 verschillende vergoedingsbedragen. Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot:
Keuze 1: maximaal € 500,-;
Keuze 2: maximaal € 750,-.
- 5.3** Per bezoeksdatum wordt maximaal een bedrag van € 35,- vergoed als de behandeling wordt uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij een beroepsvereniging die op de beroepsverenigingenlijst van FBTO staat vermeld.
- 5.4** Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. FBTO kan beoordelen of dit inderdaad het geval is.

H13 Vergoedingen

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

- 6.1** Wij vergoeden maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 6.2** Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door een arts. De geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel. Tevens vergoeden wij homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding u.a. (uitsluitend apotheek) mits deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen.
- 6.3** Wij vergoeden de kosten van zelfzorggeneesmiddelen. De zelfzorg geneesmiddelen moeten zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Hulp en komen alleen voor vergoeding in aanmerking als ze chronisch (dat wil zeggen langer dan zes maanden) gebruikt moeten worden. Wij vergoeden de eigen bijdrage, namelijk de kosten van de eerste vijftien dagen dat u deze medicijnen gebruikt.
- 6.4** De medicijnen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.
- 6.5** Medicijnen, die geleverd worden door andere leveranciers dan in artikel 6 lid 4 zijn genoemd, worden niet vergoed.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE BUITENLAND

H14 Rechten

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

- 7.1** Als u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland verblijft, heeft u of het verzekerd gezinslid recht op spoedeisende medische zorg als het verblijf in het buitenland korter is dan 365 dagen aaneengesloten. Spoedeisend betekent dat niet bekend was, dat tijdens het verblijf in het buitenland spoedeisend medische hulp ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan onze medisch adviseur.
- 7.2** Bij spoedeisende medische hulp hebt u of het verzekerd gezinslid recht op:
- kosten van behandeling door een arts;
 - kosten van medicijnen, die door de arts worden voorgeschreven onder overlegging van het recept, mits de voorgeschreven medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen volgens het GVS;
 - verpleegkosten in verband met opname in een plaatselijk – door de overheid – erkend ziekenhuis. U of verzekerde(n) overleggen vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname; indien dit overleg vooraf niet mogelijk is, wordt de FBTO Alarmcentrale zo spoedig mogelijk over de opname geïnformeerd. Er kan u een deel van de verpleegkosten in rekening worden gebracht als door de te late informatie aan de FBTO Alarmcentrale de belangen van FBTO zijn geschaad;
 - kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.
- 7.3** Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en de verzekerde(n) verlenen medewerking aan dit onderzoek.
- 7.4** U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:
- repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis, indien de behandelende artsen dit voorstellen.
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk.
 - vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring, rekening houdend met artikel 8 lid 2.
- 7.5** FBTO vergoedt de kosten van een hulpmiddel/ hulpmiddelen die in het buitenland als onderdeel van spoedeisend medische zorg wordt/worden aangemeten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

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

- 8.1** U of de verzekerde leden van het gezin hebben recht op persoonlijke hulpverlening als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.
- 8.2** Recht op persoonlijke hulpverlening bestaat alleen als zo spoedig mogelijk contact wordt opgenomen met de FBTO Alarmcentrale. Alleen de kosten, die met de (voorafgaande) instemming van de FBTO Alarmcentrale zijn gemaakt, worden vergoed.
- 8.3** Bij opname van u of de verzekerde(n) in een buitenlands ziekenhuis worden vergoed:
- de reiskosten van maximaal twee personen voor overkomst en terugkeer naar Nederland als de opname ten minste vijf dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn.
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van één persoon in verband met de begeleiding terug naar Nederland van verzekerde kinderen (tot 16 jaar). Dit geldt ook voor lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin als de begeleider door omstandigheden, die zich tijdens de reis hebben voorgedaan, hiertoe niet in staat is.
 - de verblijfkosten van hen, die uit Nederland zijn overgekomen, voor in totaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze vergoeding geldt in totaliteit en niet per overgekomen persoon.
- 8.4** Als tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin overlijdt dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:
- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
 - de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.
Als transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk is, vergoeden wij - in overleg met de direct betrokkenen - maximaal de kosten dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.
 - de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
 - de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
 - de verblijfkosten gedurende maximaal 3 dagen.
- 8.5** Als er sprake is van ziekenhuisopname van u of de verzekerden vergoedt FBTO in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.
- 8.6** Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land.
- 8.7** In het kader van een buitenlandse reis vergoedt FBTO maximaal éénmaal per kalenderjaar de vaccinatiekosten voor u en de verzekerde leden van het gezin tegen:

- malaria profylaxe;
- DTP;
- geelzucht;
- tyfus;
- cholera;
- gammaglobuline.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend als de vaccinaties zijn toegediend door een huisarts, GGD of Meditel.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE CALAMITEITEN

H15 Rechten

15

ARTIKEL 9 *Welke rechten hebt u als er sprake is van een ongeval?*

Een ongeval is - voor deze overeenkomst - een plotseling en onverwacht van buiten inwerkend geweld op het lichaam van de verzekerde, waardoor rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

Als er sprake is van een ongeval vergoedt FBTO per verzekerde tot 65-jarige leeftijd maximaal € 40.000,- bij blijvende invaliditeit of maximaal € 2.500,- bij overlijden. De kosten van tandheelkundige hulp door het ongeval worden vergoed tot maximaal € 1.000,- per verzekerde als deze kosten voor uw rekening komen. De Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en Productvoorwaarden van de Ongevallenverzekering van FBTO zijn van toepassing. U kunt deze voorwaarden raadplegen op fbto.nl. Op uw verzoek ontvangt u de Algemene Voorwaarden Schadeverzekeringen en de Productvoorwaarden per post van FBTO.

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

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

ARTIKEL 11 *Welke rechten hebt u bij verblijf in een logeerhuis?*

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

ARTIKEL 12 *Welke rechten hebt u bij verblijf in een herstellingsoord?*

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar indien de zorgvraag betrekking heeft op lichamelijke klachten.

FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

U hebt geen aanspraak op vergoeding van kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZICHTSZORG EN ORTHODONTIE

H16 Rechten

ARTIKEL 13 *Welke rechten hebt u bij de module Gezichtzorg en Orthodontie?*

13.1 Acné:

Als de (huid)arts verwijst – in verband met een ernstige vorm van acné in gezicht of hals – naar een schoonheidsspecialist(e) of huidtherapeut vergoedt FBTO maximaal € 250,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt. De huidtherapeut dient geregistreerd te zijn bij de Nederlandse vereniging van huidtherapeuten (NVH).

Zie hiervoor de website: www.huidtherapie.nl

13.2 Brillen en lenzen (Algemeen):

FBTO vergoedt éénmaal per drie kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de originele aanschafnota van een bril of lenzen bij een leverancier van uw keuze aan ons toesturen.

Specsavers en FBTO:

Brillen: U en de verzekerde(n) hebben één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een bril tot maximaal € 150,- bij Specsavers. Daarnaast geeft Specsavers u en de verzekerde(n) 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril. Deze korting is ook geldig op alle glassoorten en opties zoals “ontspiegeling”, “krasvast”, “meekleurende glazen” en “gekleurde glazen”. Bovendien 20% korting op de aankoopprijs van een zonnebril. De korting wordt direct met u verrekend in de Specsaversvestiging.

Lenzen: Specsavers geeft u en de verzekerde(n) de eerste maand gratis lenzen bij het eerste zes maandencontract.

Kinderbrillen: voor kinderen tot 16 jaar; wij vergoeden jaarlijks een kinderbril uit de “kids montuurreeks” van € 74,- (inclusief een kraswerende laag t.w.v. € 15,-).

Als er sprake is van samenloop met een eigen kortingsactie van Specsavers, geldt de voor u en de verzekerden meest gunstige kortingsactie. Als de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u is, vervalt daarmee de korting van FBTO. Voor het adres van de Specsaversvestiging bij u in de buurt kunt u kijken op www.specsavers.nl. U kunt FBTO ook bellen voor het dichtstbijzijnde adres.

13.3 Ooglaseren:

U en de verzekerde(n) hebben recht op vergoeding van een ooglaserverhandeling uitgevoerd door Visionclinics. FBTO vergoedt maximaal € 400,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

13.4 Gehoorapparaten en pruiken:

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

13.5 Elektrische epilatie gezichtsbehaar:

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

Als FBTO toestemming verleent, vergoedt FBTO maximaal € 500,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

13.6 Orthodontie:

FBTO vergoedt de kosten voor gebitsregulatie door een tandarts of een orthodontist tot € 2.500,- voor verzekerden tot achttien jaar. Dit bedrag geldt voor de periode van 3 aaneengesloten jaren, waarbij de volgende vergoeding wordt aangeboden: jaar 1: € 1.000,-, jaar 2: € 750,-, jaar 3: € 750,-.

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

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

De genoemde vergoedingsbedragen gelden voor de looptijd van de verzekering.

13.7 Plastische chirurgie:

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

Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:

- Correctie van bovenoogleden
- Correctie van oorstand voor verzekerden tot en met 16 jaar
- Borstverkleining

Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts en wordt ter beoordeling voorgelegd aan onze medisch adviseur.

Voor plastische chirurgie geldt een wachttijd van 24 maanden na het afsluiten van deze module. Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module

Gezichtsorg en Orthodontie, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding van de behandelingen, die in artikel 13 lid 7 zijn beschreven.

13.8 Camouflagetherapie:

Er is recht op vergoeding van de kosten van camouflagetherapie, mits deze door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist wordt gegeven. Wij vergoeden tot maximaal € 100,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de verzekering geldt.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE GEZINSPLANNING

H17 Rechten

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

- 14.1** Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood:
FBTO vergoedt de kosten van de apparatuur, inclusief een zogenaamd sensormatje tot maximaal € 150,- per bevalling. FBTO moet hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- 14.2** Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg:
Als de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, vergoedt FBTO maximaal € 200,- per bevalling als tegemoetkoming in de eigen bijdrage volgens de Zorgverzekeringswet.
- 14.3** Kraamzorg bij adoptie:
Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot 12 maanden. De vergoeding geldt voor maximaal 3 dagen, gedurende 3 uur per dag tot een maximum van € 300,- per adoptiekind.
- 14.4** Invriezen sperma en onbevuchte eicel:
FBTO moet vooraf toestemming geven – ook als een arts de behandeling voorschrijft – als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. FBTO kan aanvullende eisen stellen aan de persoon, die de behandeling verzorgt of de instelling waar de behandeling plaats vindt.
Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO maximaal € 750,- gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.
- 14.5** Kraampakket:
Indien de aanstaande moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, kan een (medisch) kraampakket worden aangevraagd. De aanvraag moet vòòr de zesde maand van de zwangerschap bij FBTO ontvangen zijn. U kunt dit pakket zowel telefonisch als via fbto.nl aanvragen. Het pakket wordt gratis verstrekt.
- 14.6** Couveuse nazorg:
Als de moeder op de polis van de Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, kunt u de kosten van maximaal 8 uren kraamzorg declareren als door een ziekenhuisopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg volgens de Zorgverzekeringswet. FBTO vergoedt deze kosten als:
- de kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling plaats vindt;
 - er geen sprake is van reguliere kraamzorg;
 - u vooraf toestemming aan FBTO heeft gevraagd.

- 14.7** Lactatiekundig advies:
Indien de moeder op de polis Aanvullende Zorgverzekering de Module Gezinsplanning heeft meeverzekerd, vergoedt FBTO de kosten van lactatiekundig advies en/of cursus borstvoeding tot maximaal € 100,- per bevalling. De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen of in het bezit zijn van het certificaat IBCLC.
- 14.8** Sterilisatie:
FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of door een huisarts mits deze aan de gestelde voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea voldoet. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).
- 14.9** Potentieverhogende middelen:
Opvoorschrift van een arts die de middelen voorschrijft. Er moet in ieder geval sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke stoornis. Dit moet blijken uit een verklaring van de behandelend arts. De potentieverhogende middelen moeten zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudende huisarts.
FBTO vergoedt maximaal € 150,- per mannelijke verzekerde van 21 jaar of ouder per kalenderjaar.
- 14.10** Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho):
FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening of nekplooiming op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 100,-
- 14.11** Anti-conceptiva:
FBTO geeft een vergoeding voor anti-conceptiva (de pil, pessaria en koperhoudende spiralen) voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder.
(voor verzekerden tot 21 jaar blijft de pil onder de dekking van de basisverzekering vallen)
LadyComp:
In plaats van een vergoeding voor anti-conceptiva kan de vrouwelijke verzekerde van 21 jaar en ouder ook kiezen voor een eenmalige vergoeding van € 250,- voor de kosten van een LadyComp. (zie voor meer informatie: www.ladycomp.nl)
- 14.12** EHBO cursus:
De vergoeding is alleen van toepassing op cursussen gegeven via “IedereenEHBO” en geldt eenmalig voor de looptijd van de verzekering. (Meer informatie: www.iedereenehbo.nl). U ontvangt van FBTO een vergoeding van:
- EHBO cursus bij Kinderen; maximaal € 75,-.
 - EHBO cursus voor Gastouders; maximaal € 75,-.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE THERAPIEËN

R18 Rechten

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

15.1 Paramedische zorg

Er geldt een wachttijd van een halfjaar voor paramedische zorg na het afsluiten of bij het tussentijds verhogen van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Therapieën gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering. De paramedische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, is (kinder)fysiotherapie, (kinder) oefentherapie Cesar/Mensendieck, bekkentherapie, manueel therapie, door een BIG geregistreerde therapeut, oedeemtherapie door een fysiotherapeut of huidtherapeut.

Het gaat in alle gevallen om medisch noodzakelijke behandelingen.

Voorwaarde is dat er een verwijzing door een huisarts, specialist of bedrijfsarts moet zijn.

Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten:

- Keuze Basis: de vergoeding is maximaal € 350,- voor fysiotherapie en alle andere vormen van paramedische hulp.
- Keuze Extra: de vergoeding is maximaal € 500,- voor fysiotherapie en alle andere vormen van paramedische hulp.
- Keuze Top: de vergoeding is maximaal € 1.000,- voor fysiotherapie en alle andere vormen van paramedische hulp.

FBTO vergoedt voor fysiotherapie en oefentherapie maximaal € 28,50 per behandeling per dag tot het door u gekozen maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis. Voor manuele therapie, door een BIG geregistreerde therapeut, bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapeut of behandeling bij u thuis geldt een hogere vergoeding. Voor de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar fbto.nl.

Na beëindiging van de individuele behandeling kunt u – na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist – ook worden behandeld in de vorm van groepstherapie. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's. Voor groepstherapie ontvangt u een vergoeding van maximaal € 14,25 per behandeling per dag. Deze vergoeding is onderdeel van het door u gekozen maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis.

lid 2 Eigen bijdrage ADHD medicijnen:

FBTO vergoedt de eigen bijdrage die in rekening worden gebracht in het kader van het GVS voor de ADHD medicijnen die door een (kinder)psychiater worden voor-

geschreven. Afhankelijk van uw keuze hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten:

- Keuze Basis kent geen vergoeding voor ADHD medicijnen.
- Keuze Extra: De vergoeding voor ADHD medicatie is maximaal € 350,-.
- Keuze Top: De vergoeding voor ADHD medicatie is maximaal € 500,-.

15.3 Herstel en Balans:

FBTO vergoedt de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde tijdens de gehele periode dat de Aanvullende Zorgverzekering geldt.

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

FBTO moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

15.4 Pedicurezorg:

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

Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een pedicure. Deze moet gespecialiseerd zijn in voetverzorging bij reuma-patiënten of in het bezit zijn van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.

FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € 32,50 per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde.

15.5 Podotherapie:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een bezoek (= consult en onderzoek) door een podotherapeut of podoloog B die respectievelijk is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten of Stichting Loop. Voor de vergoeding van een bezoek (= consult en behandeling) en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

Let op: klassieke (orthopedische) steunzolen zijn geen podotherapeutische zolen en worden dus niet vergoed.

15.6 Psoriasis:

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

Als er sprake is van voorafgaande toestemming vergoedt FBTO € 27,- per behandeling voor maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar.

In plaats van de behandeling in een instelling kunt u apparatuur huren om de behandeling thuis te ondergaan. FBTO vergoedt deze kosten tot een maximum

van € 675,- per verzekerde per verzekeringsjaar mits deze behandeling aan de door FBTO gestelde eisen voldoet.

15.7 Psychologische hulp:

Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheid. Dit geldt niet voor acute zorg.

Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Aanvullend op de 8 behandelingen die vanuit de FBTO Zorgverzekering (basisverzekering) worden vergoed, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:

- a. de zorg ten hoogste vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. de zorg kan ook gegeven worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;
- c. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.

Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 39 van de FBTO Zorgverzekering.

15.8 Stottertherapie:

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de Del Ferro- of de Hausdörfermethode. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.

15.9 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen:

FBTO moet vooraf toestemming geven voor deelname aan een kamp voor astmatische kinderen (tot achttien jaar).

U hebt recht op vergoeding van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

15.10 Zittend ziekenvervoer:

FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen.

De Vervoerslijn bepaalt of u recht hebt op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak hebt. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900-2302340 (€ 0,05 p/m - bereikbaar op werkdagen van 8.30 uur tot 18.00 uur).

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland als:

- het vervoer niet vergoed wordt volgens de regels van de Zorgverzekeringswet;
- het vervoer verband houdt met een medische behandeling of een opname, die vergoed wordt volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ.

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 92,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,27 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

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

PRODUCTVOORWAARDEN

MODULE TANDHEELKUNDIGE HULP VOLWASSENEN

H19 Rechten

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

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

Keuze 1: maximaal € 200,-;

Keuze 2: maximaal € 400,-;

Keuze 3: maximaal € 800,-.

- 16.1** Per verzekerd gezinslid hebt u recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp volgens het UPT tarief; ook de kosten van parodontologie en de mondhygiënist komen voor vergoeding in aanmerking. De kosten van een tandprotheticus worden vergoed voor zover de kosten hoger zijn dan in het Reglement Hulpmiddelen is vermeld.
- 16.2** Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of verhogen van deze module voor kronen, bruggen, inlay's, een enkele implantaat en parodontologische behandelingen. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet voor personen, die vanaf de eerste van de volgende maand volgend op hun achttiende verjaardag de module Tandheelkundige hulp afsluiten.
Voor verzekerden die de achttienjarige leeftijd hebben bereikt, maar nog geen tweeëntwintig zijn, geldt een gereduceerd tarief (zie premietabel op fbto.nl).
- 16.3** De maximale vergoeding voor tandheelkundige hulp is op de polis vermeld. Tijdens het kalenderjaar kan de maximale vergoeding, die op de polis staat, niet gewijzigd worden.
- 16.4** Als onderdeel van de door u gekozen maximale vergoeding, vergoedt FBTO de kosten van de op de basisverzekering in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothese.
- 16.5** Kosten, die betrekking hebben op orthodontie vallen niet onder de module Tandheelkundige Hulp. Deze kosten worden vergoed uit de module Gezichtsorg en Orthodontie.
- 16.6** Kaakchirurgie:
De kosten voor een ongecompliceerde extractie uitgevoerd door een kaakchirurg worden vergoed tot het door u gekozen maximum bedrag.
- 16.7** Spoedeisende tandartskosten in het buitenland. U heeft recht op vergoeding tot het door u gekozen maximum van tandartskosten in het buitenland bij spoedeisende mondzorg. Spoedeisend betekent dat niet bekend was, dat tijdens het verblijf in het buitenland medische mondzorg ingeroepen moest worden. In voorkomende gevallen kan FBTO u vragen het spoedeisende karakter aan te tonen aan onze tandheelkundig adviseur.

PRODUCTVOORWAARDEN
MODULE EXTRA ZORG

H20 Rechten

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

17.1 Vergoeding Gezinszorg:

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

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient er een behandeling door een (para)medicus plaats vinden.

Het te vergoeden bedrag mag uitsluitend gebruikt worden om tijdelijke professionele hulp in de huishouding in te huren.

17.2 Vergoeding van overnachtings – en vervoerskosten en vergoeding van meerkosten bij gecontracteerde zorg in het buitenland:

U hebt recht op een vergoeding van € 75,- per dag gedurende de duur van de opname. Deze vergoeding geldt voor alle bij FBTO verzekerde gezinsleden tezamen.

Voorwaarden:

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

Overnachtingskosten: U ontvangt een vergoeding wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling. Wij vergoeden voor uw verzekerde gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis.

Vervoerskosten: Voor vervoer van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,25 per kilometer met een maximum van € 300,- per opname.

Meerkosten gecontracteerde buitenlandse zorg: 100% vergoeding van de eventuele extra kosten van de behandeling in het buitenland (overschrijding Nederlands tarief).

17.3 Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis:

FBTO vergoedt gedurende de looptijd van de aanvullende verzekering eenmalig € 750,- voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis.

Let op : Verblijf in een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeghuis of een bejaardenoord/verzorgingshuis, wordt niet vergoed.

17.4 Vervangende mantelzorg:

In verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na toestemming van FBTO, recht op vergoeding voor vervangende mantelzorg.

U ontvangt een vergoeding van maximaal 21 dagen per kalenderjaar tot maximaal € 140,- per dag via stichting Handen-in-huis. Meer informatie: www.handenin-huis.nl

17.5 Sportarts en Sportmasseur:

Wij vergoeden sportmedisch onderzoek, blessure consults, vervolgbehandelingen en sportmassage tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

De behandeling, sport medisch onderzoek, blessure consults en vervolgbehandelingen moet uitgevoerd worden door een sportarts bij een Sportmedisch Advies Centrum.

De sportmassage dient uitgevoerd worden door een sportmasseur, die een licentie bezit van de NGS (Nederlands Genootschap voor Sportmassage) of NESM (Nederlandse Examen Stichting Sportverzorging en Massage).

17.6 Vergoeding laatste wens:

Als de Extra Zorg module minimaal zes maanden heeft gelopen, heeft u of hebben uw meeverzekerde gezinsleden recht op een éénmalige vergoeding van € 1.000,- als de medisch adviseur van de maatschappij uit de hem/haar ter beschikking gestelde gegevens, afkomstig van de behandelend (huis)arts(en) en/of medisch specialist(en), kan concluderen dat overlijden van de verzekerde of een van de meeverzekerde gezinsleden met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid binnen een termijn van één jaar zal plaatsvinden.

17.7 Vergoeding van de Achmea Health Fittest tot maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering.

De Achmea Health Fittest bestaat uit :

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

17.8 Vergoeding voor de cursus “Sportief Afslanken” bij een Achmea Health Center.

Wij vergoeden de cursus “Sportief Afslanken” tot maximaal € 150,- gedurende de looptijd van de verzekering.

Meer weten?

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

Internet **fbto.nl**

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

Telefoon **(058) 234 56 78**

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

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