

Voorwaarden Aanvullende modules

Ingangsdatum: 1 januari 2017

Inhoud

Contact	5
Hoe te handelen	7
Algemene Voorwaarden	13
1. Onze algemene definities	13
2. Onze basisafspraken	13
3. Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en FBTO? En hoe lang?	14
4. Kan FBTO de overeenkomst veranderen? En wat betekent dit voor u?	14
5. Welke veranderingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?	15
6. Wanneer kunt u of kan FBTO de overeenkomst opzeggen?	17
7. Wat verwacht FBTO van u, als u verhuist?	18
8. Waarom is een juist adres zo belangrijk?	18
9. Welk recht en welke taal zijn van toepassing?	18
10. Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?	18
11. Wat zijn de gevolgen van fraude?	19
12. Wat betekent de terrorismeclausule voor u?	21
13. In welke gevallen kunt u geen beroep doen op FBTO?	21
14. Welke kosten vergoedt FBTO niet?	22
15. Hoe betaalt u uw premie?	23
16. Welke regels gelden als u medische zorg inroept?	25
17. Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van medische kosten?	25
18. Op welke wijze vergoedt FBTO de nota's van medische kosten?	27
19. Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?	27
20. Heeft u een klacht?	28
Productvoorwaarden	
Aanvullende modules	
1. Onze definities voor de aanvullende modules	30
2. Hoe berekenen wij uw premie van uw aanvullende modules?	41
3. In welke landen bent u verzekerd?	41
4. Welke modules zijn van toepassing?	41
Module Alternatieve geneeswijzen	
5. Op welke alternatieve zorg (niet-reguliere behandelwijzen) heeft u recht?	42
6. Welke antroposofische geneesmiddelen en homeopathische geneesmiddelen vergoeden wij?	43

Module Conditie & Fitheid

7. Welke rechten heeft u bij de module Conditie & Fitheid? 45

Module Gezichts zorg & Orthodontie

8. Welke rechten heeft u bij de module Gezichts zorg & Orthodontie? 48

Module Gezinsplanning

9. Welke rechten heeft u bij de module Gezinsplanning? 51

Module Ongevallen

10. Welke rechten heeft u als er sprake is van een ongeval met blijvende invaliditeit of overlijden? 56

Module Spieren & Gewrichten

11. Welke rechten heeft u bij de module Spieren & Gewrichten? 57

Module Tand

12. Welke rechten heeft u bij de module Tand? 60

Module Tand ongeval

13. Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval 62

Module Voetzorg

14. Welke rechten heeft u bij de module Voetzorg? 63

Module Zorg in het buitenland Europa (zonder vaccinaties)

15. Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg? 66
16. Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening in Europa? 68

Module Zorg in het buitenland Wereld (met vaccinaties)

17. Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg? 71
18. Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening? 73
19. Vergoeding kosten vaccinaties 74

Module Zorg & Herstel

20. Welke rechten heeft u bij de module Zorg & Herstel? 76

Bijlage

Definities van Molestbegrippen 79

Clausuleblad Ongevallen 80

Contact

Hieronder leest u hoe u ons snel en eenvoudig bereikt. U kunt ons een e-mail, brief of fax sturen of natuurlijk gewoon bellen. Daarnaast kunt u veel via onze website regelen, zoals informatie opvragen, een nota indienen en wijzigingen doorgeven.

Let op! Stuurt u ons een brief, e-mail, fax of nota? Vermeld dan altijd het Burgerservicenummer van de betrokken verzekerde.

Telefoon: (058) 234 56 78

Heeft u een vraag of wilt u iets doorgeven? Bel dan een van onze medewerkers van FBTO Zorg. Zij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 16.30 uur op telefoonnummer (058) 234 56 78.

FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50

Krijgt u in het buitenland te maken met een situatie waarbij u hulp nodig heeft? Neem dan zo snel mogelijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50.

Fax:

U kunt ons ook faxen. Stuur uw fax met vragen over:

- polis en/of premienota naar (058) 234 53 64;
- vergoedingen naar (058) 234 51 84.

Onze website:

Op fbto.nl vindt u meer informatie over onze verzekeringen. Wilt u uw persoonsgegevens of verzekeringen wijzigen? Log dan via fbto.nl in op [MijnFBTO](#).

Adres:

Wilt u een brief sturen of nota's indienen? Stuur deze dan naar:
FBTO
Postbus 318
8901 BC LEEUWARDEN

Hoe u uw nota's precies indient, leest u onder 'Hoe te handelen'.

E-mail:

Naar welk e-mailadres u het beste kunt mailen, hangt af van wat u wilt vragen of indienen. Hieronder ziet u een overzicht van onderwerpen en het bijbehorende e-mailadres.

Onderwerp	Mail u naar
Vragen over offertes	verkoop.zorg@fbto.nl
<ul style="list-style-type: none"> - Vragen over uw polis of premienota - Wijzigingen doorgeven 	administratie.zorg@fbto.nl
<ul style="list-style-type: none"> - Vragen over vergoedingen waarvoor u vooraf toestemming nodig heeft - Vragen over ziekenhuisnota's - Vragen over zorgbemiddelling en zorggarantie - Vragen over vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's 	uitkeringen.zorg@fbto.nl
Vragen over acceptatie	acceptatie.zorg@fbto.nl
Vragen van zorgverleners	info.zorgverleners@fbto.nl

Hoe te handelen

Uw zorgkostennota's declareren

Welke nota's kunt u indienen?

Alleen de originele nota's (dus geen herinneringsnota's) komen voor vergoeding in aanmerking. Dit betekent dus dat u uw zorgkosten niet kunt declareren met een herinneringsnota.

Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan krijgt u in sommige gevallen een lagere vergoeding (zie hiervoor artikel 17 Waarmee moet u rekening houden bij vergoeding van medische kosten? van de Algemene voorwaarden). Daarnaast mag uw nota niet ouder zijn dan 36 maanden gerekend vanaf de behandeldatum en/of de datum voor levering van de zorg. Deze nota's nemen wij niet in behandeling.

Stuur al uw nota's in

Vanuit de Zorgverzekeringswet bent u verplicht het eerste deel van uw zorgkosten van uw basisverzekering zelf te betalen. Behalve voor huisarts, verloskundige, hulpmiddelen in bruikleen en kraamzorg. Dit is het verplicht eigen risico. Daarom is het belangrijk dat u al uw zorgkostennota's bij ons indient, dan zien we hoeveel zorgkosten u al zelf heeft betaald. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Er geldt geen eigen risico voor de aanvullende modules.

U ontvangt uw nota niet terug

FBTO stuurt geen nota's terug. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie, voordat u de nota's opstuurt.

Hoe declareert u uw nota's digitaal?

Gebruikt u MijnFBTO? Dan kunt u uw nota's snel en eenvoudig digitaal opsturen.

Volg hiervoor de volgende stappen:

- Stap 1 U scant of maakt een foto van de nota die u wilt declareren en slaat deze op.
- Stap 2 Ga dan naar MijnFBTO op fbto.nl en log in met uw gegevens.
- Stap 3 Vervolgens kunt u een of meer nota's van uw zorgverlener uploaden (klik hiervoor op 'Bladeren'). Controleer altijd eerst of de nota goed leesbaar is, voordat u deze uploadt.
- Stap 4 Na het uploaden geeft u aan, aan wie wij de nota('s) betalen, aan u of aan uw zorgverlener. Indien u ons verzoekt de nota('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota('s) met inhouding van het verplicht - en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele eigen bijdrage(n) aan u overmaken. Vervolgens krijgt u van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.
- Stap 5 Vervolgens verstuurt u de nota. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U krijgt een e-mail ter bevestiging.

U krijgt de vergoeding binnen 7 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 2 werkdagen nadat we deze gekregen hebben. De vergoeding staat binnen 7 werkdagen op uw bankrekening. Of uw zorgverlener krijgt de vergoeding binnen 7 werkdagen. Tenzij uw nota aanleiding geeft tot vragen of indien er onduidelijkheden optreden. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan duurt het langer voordat we uw nota verwerken en de vergoeding aan u of uw zorgverlener uitbetalen.

Bewaar uw originele nota

Heeft u uw nota digitaal naar ons opgestuurd? Bewaar uw originele nota dan nog minimaal een jaar in uw administratie. Wij kunnen u namelijk vragen om de ingediende nota alsnog per post op te sturen. Wij vragen steekproefsgewijs af en toe een nota op, om te kunnen controleren op eventuele fraude.

Hoe declareert u uw nota's met de FBTO Zorgdeclaratie app?

Gebruikt u een smartphone? Dan kunt u uw nota's snel en eenvoudig digitaal naar ons opsturen. Volg hiervoor de volgende stappen:

- Stap 1 Download de FBTO Zorgdeclaratie app. U kunt de app downloaden in de [App Store](#) voor Apple en in de [Google Play Store](#) voor Android.
- Stap 2 U kunt de nota op 2 manieren indienen. In de app leest u precies hoe het werkt. Kies de manier die u het handigst vindt:
 - a. Scan de nota met de camera van uw telefoon.
 - b. Upload de PDF van uw nota vanuit uw mail in de app.
- Stap 3 Zorg ervoor dat belangrijke gegevens zoals uw BSN-nummer, geboortedatum, naam en adres op uw nota staan. Kies een profiel of maak een nieuwe aan. Let op: stuur ons altijd de originele nota en niet de herinneringsnota. We vergoeden alleen de originele nota.
- Stap 4 Druk op 'versturen' en klaar!

U krijgt de vergoeding binnen 7 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 2 werkdagen nadat we deze gekregen hebben. De vergoeding staat binnen 7 werkdagen op uw bankrekening. Of uw zorgverlener krijgt de vergoeding binnen 7 werkdagen. Tenzij uw nota aanleiding geeft tot vragen of indien er onduidelijkheden optreden. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan duurt het langer voordat we uw nota verwerken en de vergoedingen aan u of uw zorgverlener uitbetalen.

Bewaar uw originele nota

Heeft u uw nota digitaal naar ons opgestuurd? Bewaar uw originele nota dan nog minimaal een jaar in uw administratie. Wij kunnen u namelijk vragen om de opgestuurde nota alsnog per post op te sturen. Wij vragen steekproefsgewijs af en toe een nota op, om te kunnen controleren op eventuele fraude.

Hoe declareert u uw nota's via de post?

Kunt u de nota niet digitaal versturen? Stuur ons dan de originele nota (dus geen herinneringsnota) via de post. Volg hiervoor de volgende stappen:

Stap 1 Schrijf in de rechterbovenhoek van de originele nota het Burgerservicenummer van de verzekerde over wie de nota gaat.

Stap 2 Geef in de rechterbovenhoek ook aan of u de nota 'betaald' of 'niet betaald' heeft. Zo weten we of we de kosten aan u of aan de zorgverlener moeten betalen. Maakt u geen keuze? Dan maken wij het geld aan u over. Verzoekt u ons de nota('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen? Dan kan het voorkomen dat wij de nota('s) met inhouding van het verplicht - en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele eigen bijdrage(n) aan u overmaken. Vervolgens krijgt u van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

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

FBTO

T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

U krijgt de vergoeding binnen 10 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 5 werkdagen nadat we deze hebben gekregen. De vergoeding staat binnen 10 werkdagen na het krijgen van de nota op uw bankrekening. Of uw zorgverlener krijgt de vergoeding binnen 10 werkdagen. Tenzij uw nota aanleiding geeft tot vragen of indien er onduidelijkheden optreden.

Wat als u het maximum vergoedingsbedrag overschrijdt?

Dient u een of meer nota's in die (eventueel gezamenlijk) hoger zijn dan de maximale vergoeding van de module die u heeft gekozen? Dan vergoeden wij aan u de kosten tot aan dit maximale vergoedingsbedrag. Vervolgens vragen wij u het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Medische kosten in het buitenland

Krijgt u in het buitenland te maken met een situatie waarbij u hulp nodig heeft?

Neem dan direct contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 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 nodig is. Bijvoorbeeld als u te maken krijgt met een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden.

Is er geen sprake van een noodsituatie? Dan vragen wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten. Bij terugkomst in Nederland kunt u de nota's dan vervolgens bij ons declareren.

Stuur de nota's vervolgens in, samen met het ingevulde vragenformulier buitenlandse nota's. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Als u de nota's samen met het formulier naar ons toestuurt, kunnen wij uw nota's sneller behandelen.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declareert u kosten van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,-? Dan kunnen wij deze meteen verrekenen met de buitenlandse zorgverlener. Declaraties lager dan € 200,- betalen we aan u uit.

FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Als u gebruikmaakt van deze zorgverleners, betalen wij de nota's meteen aan de zorgverlener.

Vragenformulier buitenlandse nota's

Declareert u nota's voor zorg die u of de verzekerde heeft gekregen in het buitenland? Schrijf dan op de nota's het Burgerservicenummer van de verzekerde over wie de nota gaat. Stuur de nota's vervolgens in, samen met het ingevulde vragenformulier. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Als u de nota's samen met het formulier naar ons toestuurt, kunnen wij uw nota's sneller behandelen.

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij houden ons aan de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Behandelingen met toestemming vooraf

Op basis van de polisvoorwaarden moet u voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming aan ons vragen. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- behandelingen in het buitenland;

- een tweede chronisch fysiotherapeutisch en/of oefentherapeutisch traject met dezelfde indicatie;
- zittend ziekenvervoer;
- gezinszorg.

Dit is niet de volledige lijst.

Wij raden aan altijd vooraf bij ons te controleren of u toestemming moet vragen.
Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

De basisverzekering kunt u aanvullen met de volgende modules:

1. Alternatieve geneeswijzen;
2. Conditie & Fitheid;
3. Gezichts zorg & Orthodontie;
4. Gezinsplanning;
5. Ongevallen;
6. Spieren & Gewrichten: € 350,-, € 500,- of € 1000,-;
7. Tand: € 250,-, € 500,- of € 750,-;
8. Tand ongeval;
9. Voetzorg;
10. Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;
11. Zorg & Herstel.

Let op!

De volgende modules kiest u tegelijk met uw aanvraag voor de basisverzekering. Of jaarlijks per 1 januari. Deze modules kunt u niet het hele jaar door aanzetten.

Spieren & Gewrichten: € 350,-, € 500,- of € 1000,-;

Tand: € 250,-, € 500,- of € 750,-;

De volgende modules kunt u ook later in het jaar aanzetten. De ingangsdatum van de module is de 1e van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft.

Alternatieve geneeswijzen;

Conditie & Fitheid;

Gezichts zorg & Orthodontie;

Gezinsplanning;

Ongevallen;

Tand ongeval;

Voetzorg;

Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;

Zorg & Herstel.

[De module Zorg in het buitenland Europa veranderen naar Wereld](#)

Bij de module Zorg in het buitenland Europa heeft u de mogelijkheid gedurende het jaar deze om te zetten naar Wereld. De keuze van Zorg in het buitenland Wereld naar Europa omzetten, is gedurende het jaar niet mogelijk.

[Het uitzetten van modules kan per 31 december](#)

Na het aanzetten lopen de door u afgesloten modules vanaf de 1e van de volgende maand tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de modules en/of een ander bedrag van vergoeding kiezen is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen.

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar.

[Doorgeven van veranderingen](#)

Veranderingen in uw basisverzekering of aanvullende modules kunt u bij voorkeur in MijnFBTO doorgeven. U kunt het eventueel ook telefonisch, schriftelijk of via een e-mail aan ons doorgeven.

Algemene Voorwaarden

Artikel 1 Onze algemene definities

In deze overeenkomst gebruiken wij de volgende termen:

- a. wij, ons, onze, FBTO: is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 30208631 en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 50884077.
- b. u, uw: de persoon die de overeenkomst sluit, de verzekeringnemer;
- c. verzekerde: de persoon of personen die u met deze overeenkomst verzekert;
- d. contractsvervaldag: de datum waarop de overeenkomst met 1 jaar wordt verlengd;
- e. kalenderjaar: de periode van 1 januari tot en met 31 december;
- f. Nederland: het land Nederland, met uitzondering van de bijzondere gemeenten Bonaire, Sint-Eustatius en Saba.

Artikel 2 Onze basisafspraken

Lid 1

Voor deze overeenkomst gelden de volgende basisafspraken met u.

- Wij gaan ervan uit dat u volledig en juist antwoord geeft op de vragen die FBTO u stelt.
- Wij gaan uit van de gegevens die u ons telefonisch, schriftelijk of via e-mail geeft.
- U krijgt een bevestiging van ons op basis van de gegevens die u ons heeft gegeven:

U heeft dan een basisverzekering wel of niet in combinatie met een (en/of meerdere) modules. Deze overeenkomst wordt vastgelegd op het polisblad. In uw klantdomein (MijnFBTO) staat uw polisblad.

- U controleert of de polis klopt en compleet is. Als FBTO gegevens schriftelijk of elektronisch bevestigt, controleert u of de gegevens kloppen. Wanneer iets niet klopt moet u FBTO direct de juiste gegevens laten weten. Laat u ons dit niet weten? Dan is de overeenkomst niet geldig en niet ontstaan. U kunt er dan niet gebruik van maken.
- U stemt in met de polis, de Algemene voorwaarden aanvullende modules en de Productvoorwaarden aanvullende modules. Deze voorwaarden kunt u raadplegen op fbto.nl. Elke op de polis genoemde module geldt voor de verzekerden gezamenlijk. Een uitzondering is de module Tand.

Deze geldt uitsluitend voor de personen die op de polis bij deze module genoemd worden.

- U mag zelf uw zorgverlener kiezen. De voorwaarde is dat de zorgverlener voldoet aan de eisen die de overheid stelt, of dat er sprake is van een door FBTO erkende beroepsorganisatie van soortgelijke zorgverleners.

Lid 2 Informatie over afgesloten aanvullende modules

Kiest u voor 1 of meer aanvullende modules?

- Dan vindt u in de Productvoorwaarden aanvullende modules beschrijvingen van

wat u verzekerd heeft. Op uw polis staat welke modules van toepassing zijn op deze overeenkomst. U kunt uw polis raadplegen via MijnFBTO.

- De Algemene - en Productvoorwaarden aanvullende modules zijn ondergeschikt aan de Voorwaarden FBTO Zorg basisverzekeringen en Verzekerde zorg FBTO Zorg basisverzekeringen.

Lid 3 Persoonlijke informatie in MijnFBTO

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

Lid 4 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

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

Lid 5 Aansprakelijkheid van derden

- a. Is een eventuele derde schuldig aan de zorgkosten? Dan bent u verplicht FBTO te helpen om de kosten bij deze partij terug te vragen.
- b. Is lid 5a op u van toepassing? Dan vragen wij u om ons zo snel mogelijk te informeren.

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

Lid 1

De overeenkomst gaat in op de datum die als ingangsdatum op de elektronische/papieren polis is genoemd.

Lid 2

De looptijd van de overeenkomst is 1 kalenderjaar. Gaat de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar in? Dan geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar.

Lid 3

De overeenkomst wordt daarna steeds met 1 kalenderjaar verlengd.

Artikel 4 Kan FBTO de overeenkomst veranderen? En wat betekent dit voor u?

Lid 1 Wij mogen de premie en voorwaarden veranderen

Wij mogen de premie en/of de voorwaarden van deze overeenkomst veranderen, op een datum die wij bepalen. Wij informeren u altijd van tevoren over veranderingen. Maakt u geen gebruik van uw recht dat in het volgende lid staat? Dan gelden de veranderingen ook voor u.

Lid 2 Niet eens met een verandering? Dan mag u de overeenkomst opzeggen

Dat doet u door ons binnen 1 maand nadat de verandering is ingegaan, een brief of e-mail te sturen waarin u de overeenkomst opzegt. De overeenkomst stopt dan op de datum dat de verandering is ingegaan. Wilt u de overeenkomst opzeggen, omdat wij de premie verhogen? Dan mag u de overeenkomst opzeggen tussen het moment dat u het bericht daarvan kreeg en het moment dat u de nieuwe premie moet betalen. Als u te veel premie heeft betaald, krijgt u die terug.

Lid 3 U mag niet altijd uw overeenkomst opzeggen bij veranderingen

Bij sommige veranderingen mag u de overeenkomst niet opzeggen, namelijk als:

- wij de premie verlagen of u betere voorwaarden aanbieden;
- wij de premie en/of voorwaarden moeten aanpassen, omdat er iets verandert in de wettelijke regeling. Bijvoorbeeld: de omvang van de zorg volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), of een wijziging van de Zorgverzekeringswet;
- wij de premie hebben veranderd volgens de leeftijdsgebonden tariefstructuur.

Artikel 5 Welke veranderingen kunt u tijdens de looptijd van de overeenkomst doorgeven?

Lid 1 Geef veranderingen op tijd door

Tijdens de looptijd van de overeenkomst kan er iets in uw situatie veranderen. Sommige van die veranderingen moet u schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan ons doorgeven. Bijvoorbeeld: uw gezinssamenstelling verandert door echtscheiding of overlijden. Of iemand uit uw gezin verhuist naar een ander adres of u krijgt een ander e-mailadres. Meld de verandering binnen 1 maand na verandering. Verandert uw gezinssamenstelling door geboorte of adoptie? Uw kind moet dan binnen 4 maanden na de geboorte of adoptie worden aangemeld voor de zorgverzekering bij FBT0. Informeert u ons later? Dan gaat de verandering in op de datum dat u deze aan ons heeft doorgegeven. Eventueel te veel berekende premie verrekenen wij dan niet met u.

Lid 2 Modules aanzetten

De basisverzekering kunt u aanvullen met de volgende modules:

1. Alternatieve geneeswijzen;
2. Conditie & Fitheid;
3. Gezichtsorg & Orthodontie;
4. Gezinsplanning;
5. Ongevallen;
6. Spieren & Gewrichten: € 350,- € 500,- of € 1000,-;
7. Tand: € 250,- € 500,- € 750,-
8. Tand ongeval;
9. Voetzorg;
10. Zorg in het buitenland (Europa of Wereld);
11. Zorg & Herstel.

Let op!

De volgende modules kiest u tegelijk met uw aanvraag voor de basisverzekering. Of jaarlijks per 1 januari. Deze modules kunt u niet het hele jaar door aanzetten.

Spiëren & Gewrichten: € 350,-, € 500,- of € 1000,-;

Tand: € 250,-, € 500,- of € 750,-;

De volgende modules kunt u ook later in het jaar aanzetten. De ingangsdatum van de module is de 1e van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft.

Alternatieve geneeswijzen;

Conditie & Fitheid;

Gezichtsverzorging & Orthodontie;

Gezinsplanning;

Ongevallen;

Tand ongeval;

Voetzorg;

Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;

Zorg & Herstel.

De module Zorg in het buitenland Europa veranderen naar Wereld

Bij de module Zorg in het buitenland Europa heeft u de mogelijkheid gedurende het jaar deze om te zetten naar Wereld. De keuze van Zorg in het buitenland Wereld naar Europa omzetten, is gedurende het jaar niet mogelijk.

Het uitzetten van modules kan per 31 december

Na het aanzetten lopen de door u afgesloten modules vanaf de 1e van de volgende maand tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de modules en/of een ander bedrag van vergoeding kiezen is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen.

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar.

Doorgeven van veranderingen

Veranderingen in uw basisverzekering of aanvullende modules kunt u bij voorkeur in MijnFBTO doorgeven. U kunt het eventueel ook telefonisch, schriftelijk of via een e-mail aan ons doorgeven.

Artikel 6 Wanneer kunt u of kan FBTO de overeenkomst opzeggen?

Lid 1 Uw overeenkomst opzeggen

Als u een overeenkomst heeft afgesloten, krijgt u van ons een e-mail waarin wij dat bevestigen. Wilt u de overeenkomst niet meer? Dan kan dat door ons een e-mail te sturen waarin u dat doorgeeft. Dat moet u dan doen binnen 14 dagen nadat u ons bericht heeft gekregen. De overeenkomst wordt dan vernietigd. Heeft u inmiddels al premie betaald? Dan betalen wij die aan u terug. Hadden wij inmiddels al zorgkosten vergoed? Dan moet u die aan ons terugbetalen. Het moet hier gaan om al gedeclareerde zorgkosten of kosten die wij namens verzekerden aan zorgverleners hebben betaald.

Lid 2 Opzegtermijn

U kunt de overeenkomst uiterlijk op 31 december opzeggen. De overeenkomst stopt dan 1 januari van het daaropvolgende jaar.

Lid 3 Hoe u de opzegging doorgeeft

- u (verzekeringnemer) kunt een e-mail of brief sturen waarin u (verzekeringnemer) uw overeenkomst opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De overeenkomst stopt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar;
- door de opzegservice te gebruiken. De opzegservice werkt als volgt. Sluit u uiterlijk op de laatste dag van de maand een zorgverzekering af bij een andere zorgverzekeraar? En gaat die nieuwe verzekering de volgende maand in? Dan zegt uw nieuwe zorgverzekeraar de oude verzekering voor u op.

Lid 4 Opzeggen als u onjuiste informatie heeft gegeven

Heeft u ons onjuiste of niet alle informatie gegeven? En passen wij daarom de verzekeringsdekking en/of premie aan? Dan mag u de overeenkomst binnen uiterlijk 2 maanden opzeggen. Als u te veel premie heeft betaald, krijgt u die terug.

Lid 5 Stoppen bij onjuiste voorstelling van zaken

Wij kunnen de overeenkomst stoppen, als u of een verzekerde niet eerlijk is geweest over de situatie of vervalste of misleidende stukken heeft overlegd. Wij stoppen de overeenkomst dan per de datum dat de gegevens zijn verstrekt of onjuiste voorstelling van zaken is gegeven. (Zie ook artikel 11).

Lid 6 Stoppen als u langer dan een jaar niet meer in Nederland bent

Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden achter elkaar buiten Nederland? Dan kunnen wij de verzekeringsdekking voor u of die verzekerde stoppen.

Lid 7

Woont u niet langer in Nederland? Dan stoppen wij de overeenkomst met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont.

Artikel 7 Wat verwacht FBTO van u, als u verhuist?

Lid 1

Gaat u verhuizen? Stuur ons dan voordat u verhuist een adreswijziging.

Lid 2

Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden in een aaneengesloten periode niet in Nederland? Dan moet u dat aan ons laten weten. (Zie ook artikel 6 lid 6 en lid 7).

Artikel 8 Waarom is een juist adres zo belangrijk?

Wij sturen onze berichten naar het laatst bekende (e-mail)adres. Wij gaan er dan van uit dat deze berichten u hebben bereikt.

Artikel 9 Welk recht en welke taal zijn van toepassing?

Lid 1

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Lid 2

U en FBTO communiceren in de Nederlandse taal met elkaar.

Artikel 10 Hoe gaat FBTO om met uw persoonsgegevens?

Lid 1 Wij handelen volgens de Gedragscode Verzekeraars

Als we uw persoonsgegevens verwerken, handelen wij volgens de Gedragscode Persoonsverwerking Zorgverzekeraars. De volledige tekst van de gedragscode kunt u bekijken via de website van Zorgverzekeraars Nederland, www.zn.nl. U kunt de gedragscode ook opvragen bij Zorgverzekeraars Nederland, postbus 520, 3799 AM Zeist. Het telefoonnummer is (030) 698 89 11.

Lid 2 Waarvoor wij uw persoonsgegevens gebruiken

Als u een overeenkomst of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens.

Deze gebruiken wij binnen Achmea:

- om verzekeringsovereenkomsten aan te gaan en uit te voeren of om financiële diensten voor u te doen;
- om fraude te voorkomen en tegen te gaan;
- voor relatiebeheer;
- om u te informeren over nuttige producten en diensten;
- voor statistische analyses;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.

Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en diensten? Meld dat dan door een bericht te sturen naar relatiebeheer@fbto.nl of naar FBTO, afdeling Relatiebeheer, postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

Centraal Informatie Systeem speelt een belangrijke rol bij acceptatie

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. De Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame schadeverzekeringsmaatschappijen (Stichting CIS) bewaart de informatie die u aan verzekeraars geeft. Voor een verantwoord acceptatie,- risico- en fraudebeleid, kunnen wij uw gegevens bekijken bij de Stichting CIS in Zeist (bezoekadres: Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag; postbus 124, 3700 AC Zeist).

Bij geconstateerd ontoelaatbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Financiële instellingen gebruiken dit register om de betrouwbaarheid van klanten en relaties te beoordelen. Wij kunnen dat toetsen via de Stichting CIS. Het doel van de registratie bij de Stichting CIS is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Op deze registratie is het privacyreglement van de Stichting CIS van toepassing. Kijk voor meer informatie op www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het privacyreglement.

Lid 3 Wij mogen in bepaalde gevallen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij informatie geven en vragen aan anderen, zoals zorgverleners, leveranciers en administratieve dienstverleners. Dat mogen wij alleen doen, als dit nodig is om onze verplichtingen van de zorgverzekering na te komen. Onder 'informatie' verstaan wij hier: uw adresgegevens en uw polisgegevens. Wilt u niet dat anderen uw gegevens inzien? En heeft u daar een dringende noodzakelijke reden voor? Dan kunt u dat schriftelijk aan ons melden.

Artikel 11 Wat zijn de gevolgen van fraude?

Lid 1

Fraude is als iemand een aanspraak en/of vergoeding krijgt van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a. onder verzonnen redenen;
- b. voor iets anders dan waar het voor bedoeld is.

In deze overeenkomst specifiek verstaan wij hieronder een of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- a. een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b. vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;

- c. een niet eerlijke opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d. feiten expres niet heeft verteld die voor ons belangrijk kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

Lid 2 Bij fraude geen aanspraak

Als er sprake is van aangetoonde fraude, kunt u niet meer gebruik maken van zorg uit aanvullende modules, dus ook voor datgene wat wel eerlijk was.

Lid 3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. uw verzekeringsovereenkomst(en) meteen stoppen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c. u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS));
- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen;
- e. de overeenkomst mogen stoppen volgens artikel 6 lid 5 Algemene Voorwaarden van de aanvullende modules. Behalve als u of de verzekerde kan bewijzen dat er geen sprake is van opzet van u en/of de verzekerden;
- f. bij fraude uw gegevens registreren in het waarschuwingssysteem dat financiële instellingen gebruiken; zie ook artikel 10 lid 2 Algemene Voorwaarden van de aanvullende modules;
- g. u met uw aanvullende module(s) niet kunnen verzekeren als u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 11 lid 1 en lid 2 van de Algemene Voorwaarden van de aanvullende modules.

Lid 4 Hoe wij fraude onderzoeken

Is er mogelijk sprake van fraude? Dan mogen wij een gespecialiseerd en gecertificeerd onderzoeksbureau inschakelen. U bent verplicht mee te werken aan dit onderzoek. Doet u dat niet? Dan vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet en zeggen wij de overeenkomst op. Wij informeren u schriftelijk over de rapportage van het onderzoeksbureau.

Lid 5 Bij fraude wordt zorg niet vergoed

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat er geen uitkering plaatsvindt. Alle gemaakte kosten moet u terugbetalen. Behalve als u of de verzekerde kan bewijzen dat het niet eerlijk is dat u vanwege de fraude geen vergoeding krijgt. Eventueel onterecht uitgekeerde bedragen vorderen wij terug. Wij mogen bij fraude ook de expertisecosten en de onderzoekskosten aan u in rekening brengen.

Lid 6 Wij werken volgens een controleplan

Wij doen voor deze aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst materiële controle en/of fraudeonderzoek overeenkomstig daarvoor voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij of volgens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Wij hebben hiervoor per zorgsoort een controleplan. Dit controleplan kunt u bij ons aanvragen of opzoeken op fbto.nl. Zie hiervoor Algemene Risicoanalyse.

Artikel 12 Wat betekent de terrorismeclausule voor u?

Lid 1

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

Lid 2 Kosten als gevolg van terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT). Verzekeraars hebben in 2003 de NHT opgericht. Wij hebben het terrorismerisico bij de NHT herverzekerd. Op deze herverzekering is het Protocol Afwikkeling Claims van toepassing. Het clausuleblad Terrorismedekking is onderdeel van dit protocol. Download dit protocol en het clausuleblad op www.terrorismeverzekerd.nl.

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

Lid 1

Wij keren niet uit als de schade en/of kosten veroorzaakt zijn door of ontstaan zijn uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitierij. In de bijlage vindt u de definities van de molestbegrippen. Deze vindt u als bijlage bij deze voorwaarden.

Lid 2

Wij keren niet uit, als de schade is veroorzaakt door atoomkernreacties, zonder te letten op hoe dit is ontstaan.

Lid 3

Wij keren niet uit als de schade is veroorzaakt of verergerd door een ernstige mate van schuld (zogenoemde merkelijke schuld), roekeloosheid of als de verzekerde het expres heeft gedaan.

Lid 4

Wij keren niet uit als u of een verzekerde bij schade expres feiten geheim houdt, omstandigheden expres niet vertelt of een valse opgave doet.

Lid 5

Houdt u of een verzekerde zich niet aan de verplichtingen in deze overeenkomst? En worden de belangen van FBTO daardoor schade toegebracht? Dan keren wij niet uit.

Artikel 14 Welke kosten vergoedt FBTO niet?

Wij vergoeden geen kosten die verband houden met:

Lid 1

Haargroeimiddelen;

Lid 2

Het ongedaan maken van kunstmatige verkregen sterilisatie;

Lid 3

Niet-erkende geneeswijzen, behalve als uw verzekerde modules deze vergoeden. Om recht te krijgen op vergoeding van kosten voor 'niet erkende geneeswijzen', moet u de regels strikt volgen.

Lid 4

De eigen bijdragen die volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet voor uw rekening komen, behalve als uw verzekerde modules deze wel vergoeden;

Lid 5

Hulp van een huisarts of medisch specialist op een gebied dat niet behoort tot de normale praktijkuitoefening van de huisarts of tot het specialisme van de medisch specialist;

Lid 6

Kosten van vaccinaties (zoals de griep prik), zwangerschapstesten, keuringen en dergelijke, behalve als uw verzekerde modules deze wel vergoeden;

Lid 7

Hulp in niet-erkende instellingen, zoals medisch-opvoedkundige bureaus, instituten voor multidisciplinaire psychotherapie, bureaus voor opvoedings- en levensmoeilijkheden;

Lid 8

Hulp door orthopedagogen;

Lid 9

Overnachtings- en verblijfkosten in een hotel bij behandeling in een privékliniek;

Lid 10

Kosten van medische behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn gezinsleden in rekening brengt;

Lid 11

Vervoer om vanuit een medische instelling met weekeinde- of vakantieverlof te gaan;

Lid 12

Het niet verschijnen van een verzekerde op een afspraak met de zorgverlener;

Lid 13

Geneesmiddelen die niet voldoen aan de definitie 'farmaceutische zorg' van artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules;

Lid 14

Experimentele zorg en/of zorg die niet voldoet aan de definitie 'medisch noodzakelijk' van artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules;

Lid 15

Behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;

Lid 16

Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert. U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt bewijzen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Artikel 15 Hoe betaalt u uw premie?

Lid 1

Zodra u met FBTO de overeenkomst bent aangegaan, incasseren wij het bedrag dat op de premienota staat.

Lid 2

Wij incasseren uw premie in de eerste week van iedere kalendermaand.

Lid 3

De premie en kosten die wij in rekening brengen, mag u niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Lid 4

Betaalt u te laat? Dan laten wij u weten wat de gevolgen zijn wat betreft het geldig zijn van deze overeenkomst.

Lid 5 Als wij uw premie niet kunnen incasseren

Kunnen wij uw premie niet incasseren en stoppen we de overeenkomst uiteindelijk om die reden? Dan verhogen wij het openstaande bedrag met incassokosten en wettelijke rente. Betaalt u het gehele openstaande bedrag? Dan heeft u niet automatisch recht op een nieuwe overeenkomst met FBTO.

Lid 6

Uw betalingsverplichtingen blijven ook bestaan als deze overeenkomst is gestopt.

Lid 7

Heeft u een (premie)bedrag nog niet betaald? Dan kunnen wij dat bedrag verrekenen met een vergoeding waarop u of een verzekerde volgens deze overeenkomst recht heeft. Dit doen wij volgens het Burgelijk Wetboek artikel 935 van Boek 7 titel 17.

Lid 8

U mag uw bankinstelling geen opdracht geven om meer dan 1 termijnbetaling terug te boeken.

Lid 9 Over de automatische incasso

Voor automatische incasso geldt het volgende:

- a. De premie, het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico en de wettelijke eigen bijdragen (m.b.t. de basisverzekering), eigen betalingen en eventuele overige vorderingen betaalt u bij voorkeur per automatische incasso. Kiest u voor een andere betaalwijze? Dan kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- b. U krijgt de vooraankondiging van de automatische incasso voor de eigen bijdrage en het eigen risico doorgaans 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit geldt niet voor de premie. De vooraankondiging hiervoor krijgt u eenmaal per jaar via een e-mail of brief.
- c. U krijgt een vooraankondiging van de automatische incasso bij een gewijzigde termijnpremie en aanvullende premienota.

Lid 10 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

U betaalt uw premie, schadekosten, de terugvordering van het eigen risico of de eigen bijdrage op tijd. Betaalt u niet op tijd, dan brengen wij u administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening.

Lid 11

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij een procedure starten bij het scheidsgerecht Stichting E-Court (e-Court) om deze schulden te innen. U heeft in dat geval vanaf de oproeping een maand de tijd om alsnog te kiezen voor behandeling door de kantonrechter. De wettelijke regels en het toepasselijke procesreglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat, zijn op de procedure bij e-Court van toepassing.

Artikel 16 Welke regels gelden als u medische zorg inroept?

Lid 1

U of de verzekerde legitimeert zich als het ziekenhuis, de polikliniek of de 'dienstenstructuur' hierom vraagt. In artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules leest u wat de 'dienstenstructuur' is.

Lid 2 Reden van opname doorgeven

Wil onze medisch adviseur weten wat de reden van opname is? Dan vraagt u of de verzekerde aan de behandelend arts of medisch specialist om de reden bekend te maken.

Lid 3 Medewerking verlenen als informatie nodig is

Hebben wij of heeft onze medisch adviseur informatie nodig die belangrijk is in verband met de gevraagde medische zorg. Dan werkt u of de verzekerde mee om de informatie te achterhalen.

Lid 4 Helpen kosten te verhalen op verantwoordelijke

Is een derde verantwoordelijk voor de zorgkosten? Dan helpt u of de verzekerde ons om de kosten op deze partij te verhalen. Zonder onze schriftelijke toestemming mag u of de verzekerde geen regeling (laten) treffen met de verantwoordelijke derde of zijn verzekeringsmaatschappij. Komt u deze verplichting niet na en schaadt dat ons? Dan betalen wij geen vergoeding voor de betreffende medische kosten.

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

Lid 1 Kosten voor de ingangsdatum vergoeden wij niet

Of u recht heeft op vergoeding, hangt af van de datum waarop de kosten zijn gemaakt. Die datum is bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. De datum van behandeling waarop u zorg heeft genoten, is bepalend voor de vaststelling van uw recht

op vergoeding. Niet de dag waarop u de kosten van de behandeling heeft betaald. U of de verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten die zijn gemaakt tijdens de periode dat deze overeenkomst geldt. Zijn bepaalde kosten het gevolg van schade door gebeurtenissen vóór de ingangsdatum van de verzekering en/of aanvullende module? Dan vergoeden wij die niet. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

NB. Een uitzondering hierop zijn medicijnen waar u een vergoeding voor krijgt. Bij medicijnen staat de afleverdatum op de nota. Deze datum is bepalend voor de vergoeding.

Lid 2 U kunt alleen originele nota's declareren

Wij vergoeden uitsluitend originele nota's (dus geen herinneringsnota's) van zorgverleners. Deze mogen niet ouder zijn dan 36 maanden gerekend vanaf de behandeldatum en/of de datum voor levering van de zorg. Deze nota's nemen wij niet in behandeling. Bovendien moeten de nota's uitgelegd zijn volgens de regels die wij met de betreffende beroepsgroep van zorgverleners hebben afgesproken.

Lid 3 U krijgt alleen medisch noodzakelijke behandelingen vergoed

Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen. Daarbij letten wij op de voorwaarden die staan in artikel 14 van de Algemene voorwaarden. De definitie van 'medisch noodzakelijk' vindt u in artikel 1 van de Productvoorwaarden aanvullende modules.

Lid 4 Let op! Vergoeding nota's ouder dan een jaar duurt langer

Dient u een nota in voor een behandeling die 12 maanden of langer geleden is uitgevoerd? Dan krijgt u de vergoeding meer dan 3 maanden later dan normaal na het indienen van de nota. Wij hebben deze extra tijd nodig om te onderzoeken of uw verzoek om vergoeding rechtmatig is. Bij het berekenen van uw vergoeding kijken wij naar het kalenderjaar waarop de nota betrekking heeft. De (maximale) vergoedingen die u in dat jaar al heeft gekregen, tellen mee voor het bedrag waarop u nog recht heeft.

Lid 5 U krijgt geen vergoeding als u schade toebrengt aan onze belangen

Komt u of een verzekerde verplichtingen uit deze overeenkomst niet na? En tonen wij aan dat daardoor onze belangen schade zijn toegebracht? Dan heeft u geen recht op vergoeding van de verzekerde kosten.

Lid 6 Als u te veel vergoed krijgt

Hebben wij meer vergoed dan waarop u of de verzekerde recht heeft? Dan geeft u automatisch het recht aan FBTO om het te veel betaalde bedrag van uw rekening te incasseren.

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

Lid 1

Het bedrag waarop u recht heeft, schrijven wij over op het rekeningnummer dat u heeft opgegeven.

Lid 2 FBTO betaalt aan u, als u de nota heeft betaald

Heeft u of de verzekerde de nota van de zorgverlener betaald? Dan vergoeden wij aan u het bedrag waarop u recht heeft. Is dit bedrag hoger dan het bedrag waarop de zorgverlener recht heeft? Dan moet u of de verzekerde zelf het teveel betaalde bedrag terugvorderen op de betreffende zorgverlener.

Lid 3 FBTO betaalt de zorgverlener, als de nota direct aan ons is gestuurd

Stuurt de zorgverlener de nota, voor medische zorg aan u (verzekeringnemer) of een verzekerde, naar FBTO? Dan vergoeden wij het bedrag waarop u (verzekeringnemer) of de verzekerde recht heeft, volgens de bepalingen van deze overeenkomst, rechtstreeks aan de zorgverlener. Als de nota niet volledig wordt vergoed, dan betalen we aan u (verzekeringnemer) of de verzekerde.

Artikel 19 Welke invloed hebben andere verzekeringen op deze overeenkomst?

Lid 1

Er is geen dekking/vergoeding vanuit deze aanvullende modules wanneer de kosten voor medische ingreep kunnen worden vergoed vanuit de wet of een andere voorziening, of vanuit een andere verzekering (waaronder een reisverzekering). Dit kan een verzekering zijn met een oudere datum. Of wanneer de kosten vergoed konden worden uit een andere verzekering als de aanvullende module er niet zou zijn geweest.

Lid 2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u krijgt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de module Zorg in het buitenland Europa en de module Zorg in het buitenland Wereld. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben.

Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan dezelfde wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden genoemde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie.

Lid 3 Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende modules die niet of maar gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden vergoed. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende modules vallen.

Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter vergoeding van:

- a. vanuit FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis) verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b. kosten die te maken hebben met het eigen risico van FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis);
- c. vanuit basisverzekeringen van concurrenten gegeven lagere vergoedingen;
- d. wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding duidelijk is beschreven in de aanvullende verzekering.

Lid 4 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u verschillende verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u ons doorstuurt eerst vanuit:

- FBTO Basisverzekeringen (FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis);
- En dan vanuit de aanvullende modules.

Artikel 20 Heeft u een klacht?

Lid 1

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht laten zien aan de afdeling waarvan u bericht heeft gekregen. Dit moet u doen binnen 12 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben verteld of u van de dienst gebruik heeft gemaakt. U kunt uw klacht aan ons laten zien per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal laat zien, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

Lid 2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht krijgen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. Een reactie over de inhoud van uw klacht krijgt u binnen 10 kalenderdagen. Als er meer tijd nodig is om uw klacht af te handelen, dan krijgt u hierover een bericht van de behandelende afdeling.

Lid 3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben behandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht opnieuw te beoordelen. U kunt uw verzoek om op nieuw te beoordelen opsturen naar de afdeling Klachtenmanagement per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website (fbto.nl) of per faxbericht. Binnen 14 kalenderdagen krijgt u een 1e reactie over de inhoud.

Binnen 21 kalenderdagen informeren wij u over onze mening over de inhoud. Als er meer tijd nodig is voor het opnieuw beoordelen van uw klacht, dan krijgt u hierover van ons een bericht.

Lid 4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Voldoet de herbeoordeling van de afdeling FBTO Klachtenmanagement niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) Postbus 291, 3700 AG Zeist. Lees meer op www.skgz.nl. De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

Lid 5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen.

Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

Lid 6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren niet nodig of te moeilijk? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen naar ons sturen, maar ook naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als vast advies.

Productvoorwaarden Aanvullende modules

Artikel 1 Onze definities voor de aanvullende modules

In de Productvoorwaarden aanvullende modules gebruiken wij de termen die hieronder staan:

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudende huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in eerder genoemd register.

Arts

Iemand die op grond van de Nederlandse wet toestemming heeft om de geneeskunst uit te voeren. Een arts moet als zodanig geregistreerd staan bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

Een arts die werkzaam is zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is per 1 januari 2015 vervallen. De Wet langdurige zorg (Wlz) vervangt de AWBZ.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut*

Een fysiotherapeut die officieel als fysiotherapeut is ingeschreven volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal

Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningenregister psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

BIG

Zie Wet BIG.

Bijna-thuis-huis

Een huis dat bedoeld is voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en die dus binnenkort zullen sterven.

BSN

Burgerservicenummer.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, of na 120 dagen.

Dienstenstructuur

Een organisatorisch verband van huisartsen zoals beschreven in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. De dienstenstructuur is opgericht om 's avonds, 's nachts en in het weekeinde huisartsenzorg te verlenen. Een dienstenstructuur moet een rechtspersoonlijkheid en een rechtsgeldig tarief hebben.

Diëtist*

Een diëtist die voldoet aan de eisen in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Eerstelijnspsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als beschreven in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals beschreven in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ergotherapeut*

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als genoemd 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 (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Europa (Module Zorg in het buitenland Europa (zonder vaccinaties))

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

En daarnaast elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is beschreven. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Farmaceutische zorg

Met farmaceutische zorg bedoelen we:

- a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten; en/of
- b. advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut*

Een fysiotherapeut die als fysiotherapeut opgenomen is volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Een heilgymnast-masseur noemen we ook fysiotherapeut. Dit staat zo beschreven in artikel 108 van de Wet BIG.

Geriatrisch fysiotherapeut*

Een Geriatrisch fysiotherapeut die als geriatrisch fysiotherapeut opgenomen is volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als Geriatrisch fysiotherapeut opgenomen staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningenregister psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

Gezin

Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenaf trek als gevolg van de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog)

Een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd is conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening geeft en die als instelling is toegelaten.

GVS

Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het GVS regelt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die niet in het GVS staan, vergoeden wij niet. Per geneesmiddel en het bereiden ervan geldt ook een maximale vergoeding. Is de prijs van het geneesmiddel hoger dan de maximale vergoeding, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage noemen we de 'GVS-bijdrage'.

Hospice

Verblijf voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en die dus binnenkort zullen sterven.

Huidtherapeut*

Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

Hulpmiddelenzorg is het leveren van een hulpmiddel of verbandmiddel wanneer daar behoefte aan is. Welke hulpmiddelen dit zijn staat in de Regeling zorgverzekering. Hierin wordt rekening gehouden met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Kinderfysiotherapeut*

Een kinderfysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut opgenomen is volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningenregister psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die als kinder- en jeugdpsycholoog opgenomen is volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderoefentherapeut*

Een kinderoefentherapeut die als kinderoefentherapeut opgenomen is volgens het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook is ingeschreven in het door de WOCM en Zn aangewezen register.

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg gegeven door een gediplomeerd kraamverzorgende of verpleegkundige die kraamzorg geeft.

Logopedist*

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals genoemd 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 manueel therapeut die als manueel therapeut opgenomen is volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningenregister psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

Medisch adviseur

De arts die ons advies geeft bij medische zaken.

Medisch noodzakelijk

Verpleging, onderzoek en behandeling is 'medisch noodzakelijk' als het in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen is 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 van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de volgende situaties moet u vooraf toestemming aan FBTO vragen, ook als de behandelend arts meent dat de verpleging, het onderzoek of de behandeling medisch noodzakelijk is:

- als u voor medisch noodzakelijke zorg vanuit Nederland naar het buitenland gaat;

- voor elektrische epilatie van gezichtsbehaarings;
- uitgestelde kraamzorg;
- voor een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen.

In de artikelen over deze zorg leest u wat uw rechten en plichten precies zijn.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid volgens de opleidingseisen mondhygiënist, zoals genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Oedeemtherapeut*

Een oedeemtherapeut die als oedeemtherapeut opgenomen is volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningenregister psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

Oefentherapeut cesar of oefentherapeut mensendieck*

Een oefentherapeut cesar of oefentherapeut mensendieck die voldoet aan de eisen als genoemd in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ongeval

Met een ongeval bedoelen we plotseling van buiten komend lichamelijk geweld. Dit geweld is direct op het lichaam gericht. Hierdoor raakt u blijvend invalide. Of u overlijdt.

Met een ongeval bedoelen we ook:

- acute vergiftiging, behalve als de vergiftiging komt door het gebruik van geneesmiddelen, genotmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen. Of het binnenkrijgen van allergenen;
- besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie. Dit is een rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of een andere stof. Gebeurt dit bij het redden van een mens of dier? Dan zien we dit ook als een onvrijwillige val;
- als u ongewild en plotseling stoffen of voorwerpen binnenkrijgt in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de oren of de ogen waardoor inwendig letsel ontstaat. Hieronder valt niet het binnendringen van ziekteverwekkers;

- verstuing, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel. Deze verwondingen ontstaan plotseling. En de plaats is geneeskundig vast te stellen;
- verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek en hitteberoerte;
- uitputting, verhongering en uitdroging door omstandigheden die niet te voorspellen waren;
- wondinfectie en bloedvergiftiging door een ongeval;
- complicaties of verergering van het ongevallenletsel. Dit is een direct gevolg van een geneeskundige behandeling.

Wat bedoelen we met blijvend invalide?

Met blijvend invalide bedoelen we dat u een lichaamsdeel niet meer heeft. Of dat u een lichaamsdeel voor een deel of helemaal niet meer kunt gebruiken.

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontie

Is een specialisme in de tandheelkunde dat zich bezighoudt met het optimaliseren van de stand van tanden in de kaken door middel van beugels.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Overeenkomst

Onder een overeenkomst, als bedoeld onder artikel 6, verstaan wij de verzekeringsovereenkomst in de vorm van de door u afgesloten aanvullende module(s).

Palliatieve zorg

Patiëntenzorg die gericht is op het verminderen en verzachten van de pijn en andere klachten in het laatste stadium van een ongeneeslijke ziekte.

Paramedische Zorg

De zorg door zorgverleners die in dit artikel zijn aangeduid met een *.

Pedicure

Een pedicure verzorgt voeten en heeft een goedgekeurd vakdiploma(s). Een pedicure moet zijn opgenomen in het KwaliteitsRegister voor Pedicures van ProCert.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en/of aanvullende modules zijn vastgelegd.

Psychosomatisch fysiotherapeut*

Een psychosomatisch fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut opgenomen is volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als Psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, in het aantekeningen register psychosomatische Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten of een vergelijkbaar register.

Psychosomatisch oefentherapeut*

Een psychosomatisch oefentherapeut die psychosomatisch oefentherapeut opgenomen is volgens het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook is ingeschreven in het door de VVOCM en Zn aangewezen register.

Reglement Hulpmiddelen

Het Reglement Hulpmiddelen.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een team van verschillende deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een volgens de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Een rechtmatig gevestigde schoonheidsspecialist met het diploma Schoonheidsverzorging, die voldoet aan de kwaliteitseisen van brancheorganisatie ANBOS.

Sportmasseur

De sportmasseur moet gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportmassieurs via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Tandarts

Een tandarts die als tandarts opgenomen is volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus is een specialist in het aanmeten en vervaardigen van uitneembare gebitsprotheses. Een tandprotheticus is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

U/Uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

UPT-tarief

Een tarief volgens de Uniforme Particuliere Tarieven bij tandheelkundige hulp vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan onder meer de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.

Wlz

Wet langdurige zorg. De Wlz is per 1 januari 2015 ingevoerd en vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zelfstandig behandelcentrum volgens de bij of door de wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis volgens de bij of door de wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ziekenauto, taxi, eigen auto en veerboot 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.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

FBTO is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 30208631 en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 50884077.

Artikel 2 Hoe berekenen wij uw premie van uw aanvullende modules?

Lid 1

Wij berekenen uw premie op basis van de leeftijd van de verzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder.

Lid 2

Wijzigt tijdens de looptijd van deze overeenkomst de gezinssamenstelling? Dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.

Lid 3

Verhuizen 1 of meer verzekerde gezinsleden, bijvoorbeeld voor een studie? Ook dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.

Artikel 3 In welke landen bent u verzekerd?

Lid 1

U kunt een beroep doen op deze overeenkomst als de zorg in Nederland wordt verleend.

Lid 2

Lid 1 is niet van toepassing op de module Zorg in het buitenland Europa en op de module Zorg in het buitenland Wereld. Deze modules vergoeden spoedeisende hulp in het buitenland. Lid 1 is wel van toepassing op het vergoedingsonderdeel vaccinaties binnen de module Zorg in het buitenland Wereld.

Lid 3 U heeft vooraf toestemming nodig voor medische zorg buiten Nederland.

Wilt u medische zorg buiten Nederland? Dan dient u vooraf schriftelijk een verzoek in bij de medisch adviseur van FBTO. Deze adviseert ons of wij de zorg buiten Nederland wel of niet moeten vergoeden. Vervolgens stellen wij u hiervan op de hoogte. Gaat u niet akkoord met het advies van de medisch adviseur? Dan wijst u in overleg met ons een medisch specialist aan. U maakt samen met ons een onderzoeksopdracht voor deze medisch specialist. De specialist schrijft een advies over uw recht op vergoeding van de verlangde medische behandeling buiten Nederland. Daarbij houdt de adviseur rekening met de onderzoeksopdracht en met deze overeenkomst. Op basis van dit advies nemen we een besluit over uw recht op vergoeding in het buitenland.

Artikel 4 Welke modules zijn van toepassing?

Op deze overeenkomst zijn uitsluitend de modules van toepassing die op uw polis staan. U kunt uw polis raadplegen via [MijnFBTO](#).

Productvoorwaarden

Module Alternatieve geneeswijzen

In deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde voor alternatieve geneeswijzen en homeopathische- en antroposofische geneesmiddelen.

- Alternatieve geneeswijzen (maximaal € 35,- per bezoeksdatum);
- Antroposofische- en homeopathische geneesmiddelen.

Artikel 5 Op welke alternatieve zorg (niet-reguliere behandelwijzen) heeft u recht?

Lid 1 Uw alternatief genezer, therapeut of huisarts moet voldoen aan onze criteria

Uw alternatief genezer, therapeut of huisarts moet zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze kwaliteitseisen voor alternatieve genezers en therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis.

Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. Wij vergoeden de behandeling niet als er een andere behandeling wordt toegepast dan de behandeling waarvoor de kwaliteitseisen gelden. U kunt het overzicht met beroepsverenigingen vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen. U controleert de lijst vóórdat met de behandeling wordt begonnen. Twijfelt u of u recht heeft op een vergoeding? Vraag het dan vooraf aan ons.

Voldoet uw zorgverlener aan de kwaliteitseisen van deze beroepsverenigingen en staat de beroepsvereniging duidelijk op de nota genoemd, pas dan verwerken wij uw nota.

Let op!

- Nota's voor alternatieve geneeswijzen moeten een duidelijke omschrijving bevatten van de uitgevoerde behandeling of consult.
- FBTO mag gedurende het jaar de lijst beroepsverenigingen alternatieve geneeswijzen aanpassen.

Manuele therapie vergoeden we vanuit de module Spieren & Gewrichten als:

- a. de fysiotherapeut de specialisatie en de bevoegdheid heeft voor manuele therapie en BIG geregistreerd is en
- b. de fysiotherapeut is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie of de Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT of VMT) en
- c. de zorgverlener declareert als fysiotherapeut.

U kunt op bigregister.nl controleren of de fysiotherapeut BIG geregistreerd is.

Manuele therapie vergoeden we vanuit de module Alternatieve geneeswijzen als:

- a. de fysiotherapeut is aangesloten bij de vereniging van manuele therapie (VMT); en
- b. de zorgverlener declareert als (alternatief) genezer.

Lid 2 Alleen vergoeding voor consult bij medische behandeling

U krijgt alleen een vergoeding, als het consult bij een medische behandeling hoort. Wij beoordelen of dit inderdaad het geval is.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de kosten:

- van (laboratorium)onderzoek;
- van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- van werk- of schoolgerelateerde coaching;
- van remedial teaching, relatietherapie en mindfulness;
- van behandelingen/sessies op groepsbasis;
- van een telefonisch consult of telefonische behandeling;
- voor het uitschrijven van een recept;
- van yoga;
- van runningtherapie.

Lid 3 Maximumvergoeding per dag

Per bezoeksdatum vergoeden wij maximaal een bedrag van € 35,- per verzekerde. En alleen als de behandelaar is aangesloten bij een beroepsvereniging die op onze beroepsverenigenlijst staat. De kosten van het consult komen ten laste van de maximale vergoeding van € 500,- per kalenderjaar.

Artikel 6 Welke antroposofische geneesmiddelen en homeopathische geneesmiddelen vergoeden wij?

Lid 1 Voorwaarden vergoeding homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen als deze zijn voorgeschreven door een arts of medisch specialist (dus niet door uw alternatief genezer). Deze geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index (dat is de database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die verkrijgbaar zijn in de apotheek). Wij vergoeden ook homeopathische geneesmiddelen met de aanduiding 'u.a.' ('uitsluitend apotheek'). Maar alleen als deze middelen geregistreerd staan bij het College Beoordeling Geneesmiddelen.

Lid 2

Wij vergoeden alleen medicijnen die zijn geleverd door een apotheek, een apotheekhoudend huisarts of een medisch specialist (dus niet door uw alternatief genezer).

Lid 3

Levert een andere leverancier dan genoemd in artikel 6 lid 1 de medicijnen? Dan vergoeden wij die niet.

Productvoorwaarden

Module Conditie & Fitheid

In deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 150,- per kalenderjaar, per verzekerde voor de hieronderstaande vergoedingsonderdelen samen:

- health Check/Preventieve gezondheidstest;
- personal training (introductiepakket);
- psychologische (sport)begeleiding;
- sportmassage;
- voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist;
- één van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight;
- online Slaapcursus (Somnio);
- training mindfulness (VMBN).

Artikel 7 Welke rechten heeft u bij de module Conditie & Fitheid?

Health Check

Wij vergoeden de kosten van de Health Check / Preventieve gezondheidstest. Alleen gecontracteerde zorg wordt vergoed.

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundige van Care for Human? Ga dan naar de website www.careforhuman.nl. Wilt u weten met welke andere aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Personal training (introductiepakket)

Wij vergoeden de kosten van een Introductiepakket Personal training bij een aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Psychologische (sport)begeleiding

Wij vergoeden de kosten van (preventieve) psychologische (sport)begeleiding door een sportpsycholoog.

Voorwaarde voor vergoeding

1. De sportpsycholoog moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpsychologen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
2. Op de nota moet staan: SCAS gecertificeerd.

Sportmassage

Wij vergoeden de kosten van sportmassage.

Voorwaarde voor vergoeding

1. De sportmasseur moet gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportmassieurs via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
2. Op de nota moet staan: SCAS gecertificeerd.

Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport) diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

1. De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.
2. De sportdiëtist moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportdiëtisten via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
3. Op de nota moet staan: Aangesloten bij het BGN of SCAS gecertificeerd.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen en voedingsvoorlichting in groepsverband door een gewichtsconsulent.

AfvalLEN

Wij vergoeden één van de schriftelijke - of online programma's georganiseerd door Happy Weight. Deze kunt u vinden op de website van www.happyweight.nl.

Voorwaarde voor vergoeding

Op de nota moet staan: de aanbieder Happy Weight en welke cursus is gevolgd.

Online slaapcursus

Wij vergoeden de kosten voor de volgende (preventieve) cursussen:

Een online slaapcursus of 'de slaapcoach' waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.

Deze kunt u vinden op de website van www.somnio.eu.

Voorwaarde voor vergoeding

1. U moet een bewijs van aanmelding aan ons geven.
2. Op de nota moet staan dat Somnio de aanbieder is en welke slaapcursus is gevolgd.

Training mindfulness

Wij vergoeden de kosten van een mindfulnessstraining.

Voorwaarde voor vergoeding

1. De mindfulnessstraining moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website www.vmbn.nl.
2. Op de nota moet staan: Mindfulnessstraining en lid VMBN.

Productvoorwaarden

Module Gezichts zorg & Orthodontie

In deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar, per verzekerde voor:

- acne;
- de vergoeding eigen bijdrage gehoorapparaten;
- de vergoeding eigen bijdrage pruiken;
- elektrische epilatie gezichtsbeharing;
- camouflagetherapie.

Daarnaast heeft u recht op:

- een maximale vergoeding van € 750,- per kalenderjaar voor orthodontie;
- een vergoeding voor brillen. € 100,- vergoeding voor een bril voor volwassenen en € 50,- vergoeding voor een kinderbril.

Artikel 8 Welke rechten heeft u bij de module Gezichts zorg & Orthodontie?

Lid 1 Acne

Verwijst de (huid)arts u of een verzekerde naar een schoonheidsspecialist of huidtherapeut vanwege een ernstige vorm van acne in gezicht en/of hals?

De verzekerde dient dan de verwijzing naar FBTO toe te sturen. FBTO moet voorafgaande aan de behandeling toestemming geven. Dat geldt ook als een arts de behandeling voorschrijft.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS). Met de specialisatie acne. Zie hiervoor op anbos.nl.
2. De huidtherapeut moet geregistreerd zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Zie hiervoor de website huidtherapie.nl.
3. Op zowel de verwijzing als de nota moet duidelijk staan dat het om acne in het gezicht en/of in de hals gaat.
4. Op de nota moet duidelijk staan dat de schoonheidsspecialist of huidtherapeut lid is van de vereiste beroepsvereniging.

Lid 2 Vergoeding eigen bijdrage gehoorapparaten

De module Gezichts zorg & Orthodontie geeft een vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage. De vergoeding geldt voor 1 of 2 gehoorapparaten. Meer hierover leest u in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl. Op verzoek sturen wij u het reglement per post.

Lid 3 Vergoeding eigen bijdrage pruiken

Voor pruiken krijgt u een maximale wettelijke vergoeding uit de basisverzekering. Is de pruik duurder dan de vergoeding die u krijgt? Dan vergoedt de module Gezichtsverzorging & Orthodontie het verschil tussen de aanschafprijs en de vergoeding. De vergoeding geldt voor 1 pruik. Meer hierover leest u in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u raadplegen op fbto.nl. Op verzoek sturen wij u het reglement per post.

Lid 4 Elektrische epilatie gezichtsbehandling

Wij vergoeden de kosten van elektrische epilatie van gezichtsbehandling. Deze behandeling wordt uitsluitend vergoed voor de vrouwelijke verzekerde.

Voorwaarden voor vergoeding

De verzekerde dient de verwijzing naar FBTO toe te sturen. FBTO moet voorafgaande aan de behandeling toestemming geven. Dat geldt ook als een arts de behandeling voorschrijft.

1. De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS). Met de specialisatie elektrische epilatie gezichtsbehandling. Zie hiervoor op anbos.nl.
2. De huidtherapeut moet geregistreerd zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Zie hiervoor de website huidtherapie.nl.
3. Op zowel de verwijzing als de nota moet duidelijk staan dat het om overbehandling of overmatige behandeling in het gezicht en/of hals gaat.
4. Op de nota moet duidelijk staan dat de schoonheidsspecialist of huidtherapeut lid is van de vereiste beroepsvereniging.

Lid 5 Camouflagetherapie

Wij vergoeden camouflagellessen en de materialen die nodig zijn voor deze lessen.

De lessen moeten gegeven worden door:

- een huidtherapeut die geregistreerd is bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). Kijk hiervoor op de website huidtherapie.nl.

of

- een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie camouflage. Zie hiervoor op anbos.nl.

Voorwaarden voor vergoeding

De verzekerde dient de verwijzing naar FBTO toe te sturen. FBTO moet voorafgaande aan de behandeling toestemming geven. Dat geldt ook als een arts de behandeling voorschrijft.

Er moet sprake zijn van een ernstige huidafwijking in het gezicht en/of in de hals.

1. Op zowel de verwijzing als de nota moet duidelijk staan dat het om camouflage in het gezicht en/of in de hals gaat.

- Op de nota moet duidelijk staan dat de schoonheidsspecialist of huidtherapeut lid is van de vereiste beroepsvereniging.

Lid 6 Orthodontie

Wij vergoeden de kosten voor orthodontie door een tandarts of een orthodontist tot maximaal € 750,- per kalenderjaar voor verzekerden tot 18 jaar.

Wat wij niet vergoeden

- Wij vergoeden geen kosten voor orthodontie voor verzekerden vanaf 18 jaar.
- Bent u uw beugel kwijt? Of is uw beugel beschadigd doordat u onvoorzichtig bent geweest? Dan krijgt u geen vergoeding. Op de rekening van de orthodontist ziet u dan code F811 staan.

Lid 7 Brillen

- Elk verzekerd volwassen lid van het gezin kan 1 keer per kalenderjaar een complete bril op sterkte uitzoeken en krijgt daarvoor een vergoeding van € 100,-.
- Daarnaast kan elk meeverzekerd kind tot 18 jaar 1 keer per kalenderjaar een (kinder)bril op sterkte uitzoeken en krijgt daarvoor een vergoeding van € 50,-.
- Eventuele extra glasopties of duurdere monturen zijn met bijbetaling door de klant mogelijk.
- De volwassen klant besteedt minimaal € 100,- voor een bril voor volwassenen en minimaal € 50,- per kind tot 18 jaar voor een (kinder)bril.

Deze vergoedingen zijn mogelijk gemaakt door Specsavers. De vergoedingen zijn te combineren met kortingen of acties van Specsavers.

- Specsavers rekent geen meerkosten voor sterkte, prisma en cilinder in alle enkelvoudige en varifocale glazen.
- **Let op!** De vergoeding wordt direct in de winkel verrekend. Neem daarom dan altijd uw geldige zorgpas mee naar de opticien.

Overige voordelen Specsavers

- Het oogonderzoek wordt altijd uitgevoerd door een volledig gediplomeerde opticien of optometrist.
- 1 jaar kwaliteitsgarantie: als de bril binnen de garantieperiode kwaliteitsgebreken vertoont, zal Specsavers, gedurende 1 jaar na het afhalen van de bril, deze bril gratis vervangen of repareren.
- Varifocaal gewengargarantie van 30 dagen: klant kan varifocale bril 30 dagen uitproberen. Als de klant na deze periode niet kan wennen aan de varifocale glazen zal Specsavers de glazen inruilen voor andere glazen waar de klant wel tevreden mee is.

Meer informatie

Kijk op de website van [Specsavers](#) voor meer informatie. Of vraag meer informatie in de winkel. Vind uw dichtstbijzijnde [Specsavers winkel](#). Maak eenvoudig online een [afspraak](#).

Productvoorwaarden

Module Gezinsplanning

U krijgt in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar, per vrouwelijke verzekerde voor:

- eigen bijdrage bevalling en kraamzorg;
- en u krijgt een medisch kraampakket.

Daarnaast krijgt u in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar, per verzekerde voor:

Vergoedingen voor vrouwen:

- anticonceptie;
- uitgestelde kraamzorg;
- lactatiekundig advies/cursus borstvoeding.

Vergoedingen voor zowel vrouwen als mannen:

- sterilisatie;
- kraamzorg bij adoptie;
- EHBO-cursus (bij baby's en kinderen/gastouders);
- plaswekker.

Artikel 9 Welke rechten heeft u bij de module Gezinsplanning?

Lid 1 Eigen bijdrage bevalling en kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden een bedrag per kalenderjaar als tegemoetkoming in de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling en kraamzorg volgens de Zorgverzekeringswet.

Lid 2 Kraamzorg bij adoptie of kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot de leeftijd van 12 maanden. Ook vergoeden wij kraamzorg voor de wensouder na draagmoederschap. De vergoeding geldt per kalenderjaar. De basisverzekering vergoedt kraamzorg en verloskundige zorg voor de draagmoeder zelf.

Lid 3 Kraampakket

Heeft u als aanstaande moeder de module Gezinsplanning aangezet? Dan krijgt u van ons een (medisch) kraampakket.

Vraag het kraampakket aan voor de 6e maand van uw zwangerschap. Dan krijgt u van ons het kraampakket rond de 7e maand van uw zwangerschap. Dat kan via fbto.nl. Zoek hiervoor op 'Kraampakket aanvragen'.

Lid 4 Uitgestelde kraamzorg

Vergoeding voor uitgestelde kraamzorg geldt alleen als:

- uw baby(s) jonger is/zijn dan 3 maanden;
- de kraamzorg binnen 10 dagen na ontslag van uw baby(s) uit het ziekenhuis plaatsvindt.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding van uitgestelde kraamzorg stellen wij de volgende voorwaarden:

- indien er sprake is geweest van een vacuümverlossing of een keizersnede;
- indien uw baby in de couveuse heeft gelegen;
- indien er sprake is van een meerling.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de uitgestelde kraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Lid 5 Lactatiekundig advies

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van lactatiekundig advies en/of een cursus borstvoeding voor of na een bevalling per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

De lactatiekundige moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of het certificaat International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) bezitten. Dit moet op de nota moet staan.

Wat wij niet vergoeden

Reiskosten en de aanschaf van producten worden niet vergoed.

Lid 6 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. Ook vergoeden wij de kosten van sterilisatie door een huisarts bij de mannelijke verzekerde.

Voorwaarden voor vergoeding

Voert een huisarts de sterilisatie uit? Dan vergoeden wij de kosten alleen, als de huisarts voldoet aan de voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden geen hersteloperaties om een sterilisatie op eigen verzoek ongedaan te maken (zie ook artikel 14 Welke kosten vergoedt FBTO niet?).

Let op! Als de sterilisatie plaatsvindt in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, dan kan het voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt voor het eerste consult of voor de nacontrole. Als na het eerste consult de sterilisatie niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het eerste consult los gedeclareerd en valt het consult onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de sterilisatie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn namelijk wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Lid 7 Anticonceptie

Vrouwelijke verzekerden tot 21 jaar

De basisverzekering vergoedt anticonceptiemiddelen voor vrouwelijke verzekerden tot 21 jaar. Betaalt u hiervoor een eigen bijdrage? Dan vergoeden wij deze vanuit de Module Gezinsplanning. Het gaat onder meer om de pil, pessaria en spiralen.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden alleen de eigen bijdrage van anticonceptiemiddelen die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren.

Vergoeding Spiraal

De spiraal kunt u op recept van een huisarts ophalen bij een door ons gecontracteerde apotheek. Deze kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering. In dat geval betaalt u, als u ouder bent dan 18 jaar, ook eigen risico. Wilt u weten met welke apothekers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Huisarts

Vervolgens zet uw huisarts de spiraal. Deze kosten vergoeden wij vanuit de basisverzekering.

Ziekenhuis

Als u de spiraal laat zetten bij een gynaecoloog, moet hier een medische reden voor zijn. De spiraal wordt geleverd door het ziekenhuis. De kosten van de spiraal en de plaatsing vergoeden wij vanuit de basisverzekering. In dat geval betaalt u als u ouder bent dan 18 jaar, ook eigen risico.

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder

Vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder krijgen de kosten van anticonceptiemiddelen volledig vergoed. Het gaat onder meer om de pil, pessaria en spiralen.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden alleen de eigen bijdrage van anticonceptiemiddelen die volgens het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) voor vergoeding in aanmerking komen.

1. De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
2. Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren.

Vergoeding Spiraal

De spiraal kunt u op recept van een huisarts ophalen bij een door ons gecontracteerde apotheek. Deze kosten vergoeden wij vanuit de aanvullende module Gezinsplanning. Wilt u weten met welke apothekers wij een contract hebben? Gebruik dan de [Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl](http://Zorgzoeker.opzorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op.

Huisarts

Vervolgens zet uw huisarts de spiraal. Deze kosten worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Ziekenhuis

Als u de spiraal laat zetten bij een gynaecoloog, moet hier een medische reden voor zijn. De spiraal wordt geleverd door het ziekenhuis. De kosten van de spiraal en de plaatsing vergoeden wij vanuit de basisverzekering. In dat geval betaalt u als u ouder bent dan 18 jaar, ook eigen risico.

Lid 8 EHBO-cursus

Per verzekerde vergoeden wij de kosten van de volgende EHBO-cursussen:

- EHBO bij Baby's en Kinderen;
- EHBO voor Gastouders.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij vergoeden alleen deze cursussen van livis. Meer informatie vindt u op livis.nl. Er is geen vergoeding van de herhalingscursussen.
2. De Module Gezinsplanning is afgesloten op het moment dat u de cursus volgt en heeft afgerond.
3. Vergoeding van een EHBO-cursus vindt uitsluitend plaats als u de originele nota en een kopie van het behaalde certificaat kunt overleggen.

Lid 9 Plaswekker

Wilt u een plaswekker huren of kopen? Wilt u weten met welke zorgverlener wij een contract hebben? Gebruik dan de [Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl](http://Zorgzoeker.opzorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op. De leverancier behandelt deze aanvraag.

Let op! Alleen gecontracteerde zorg vergoed.

Productvoorwaarden

Module Ongevallen

Uit deze module krijgt u maximaal € 50.000,- bij blijvende invaliditeit en uw nabestaanden een bedrag van € 10.000,- bij overlijden tot 70 jaar. Of u krijgt uit deze module maximaal € 25.000,- bij blijvende invaliditeit en uw nabestaanden een bedrag van € 5.000,- bij overlijden vanaf 70 jaar.

Met een ongeval bedoelen we plotseling van buiten komend lichamelijk geweld. Dit geweld is direct op het lichaam gericht. Hierdoor raakt u blijvend invalide. Of u overlijdt.

Met een ongeval bedoelen we ook:

- acute vergiftiging, behalve als de vergiftiging komt door het gebruik van geneesmiddelen, genotmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen. Of het binnenkrijgen van allergenen;
- besmetting door ziektekiemen of een allergische reactie. Dit is een rechtstreeks gevolg van een onvrijwillige val in het water of een andere stof. Gebeurt dit bij het redden van een mens of dier? Dan zien we dit ook als een onvrijwillige val;
- als u ongewild en plotseling stoffen of voorwerpen binnenkrijgt in het spijsverteringskanaal, de luchtwegen, de oren of de ogen waardoor inwendig letsel ontstaat. Hieronder valt niet het binnendringen van ziekteverwekkers;
- verstuijing, ontwrichting en scheuring van spier- en bandweefsel. Deze verwondingen ontstaan plotseling. En de plaats is geneeskundig vast te stellen;
- verstikking, verdrinking, bevriezing, zonnesteek en hitteberoerte;
- uitputting, verhongering en verdorsting door omstandigheden die niet te voorspellen waren;
- wondinfectie en bloedvergiftiging door een ongeval;
- complicaties of verergering van het ongevallenletsel. Dit is een direct gevolg van een geneeskundige behandeling.

Wat bedoelen we met blijvend invalide?

Met blijvend invalide bedoelen we dat u een lichaamsdeel niet meer heeft. Of dat u een lichaamsdeel voor een deel of helemaal niet meer kunt gebruiken.

Onze Voorwaarden Ongevallenverzekering zijn van toepassing. U kunt deze voorwaarden raadplegen op [fbo.nl](https://www.fbo.nl). U kunt ons ook vragen om de Voorwaarden Ongevallenverzekering op te sturen.

Artikel 10 Welke rechten heeft u als er sprake is van een ongeval met blijvende invaliditeit of overlijden?

Lid 1

Is er sprake van een ongeval?

Dan vergoeden wij, als de module Ongevallen is afgesloten op het moment van het ongeval, per verzekerde tot 70-jarige leeftijd maximaal de volgende bedragen:

- € 50.000,- bij blijvende invaliditeit;
- € 10.000,- bij overlijden.

of

Dan vergoeden wij, als de module Ongevallen is afgesloten op het moment van het ongeval, per verzekerde vanaf de 70-jarige leeftijd maximaal de volgende bedragen:

- € 25.000,- bij blijvende invaliditeit;
- € 5.000,- bij overlijden.

Wanneer betalen wij?

- Als u blijvend invalide bent
Wordt u door het ongeval blijvend invalide? Dan betalen we het bedrag dat u op de polis leest. Of een deel van dit bedrag. In de tabel onder artikel 4 (In de Voorwaarden Ongevallenverzekering - Hoeveel krijgt u als u blijvend invalide wordt?) leest u hoeveel we betalen.
- Als u overlijdt
Overlijdt u na een ongeval, maar wel als gevolg van dat ongeval? Dan betalen wij het bedrag dat u op de polis leest. Hebben wij al een bedrag betaald omdat u blijvend invalide was door het ongeval? En overlijdt u daarna? Dan betalen we aan uw nabestaanden het bedrag dat op de polis staat min het bedrag dat we al betaald hadden. Is het bedrag dat wij al betaald hadden hoger dan het bedrag dat u op de polis leest? Dan hoeven uw nabestaanden het verschil niet terug te betalen.

Productvoorwaarden

Module Spieren & Gewrichten

De module Spieren & Gewrichten kent 3 vergoedingen. In totaal maximaal € 350,- per kalenderjaar, per verzekerde. In totaal maximaal € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde en in totaal maximaal € 1000,- per kalenderjaar, per verzekerde.

U kunt uw maximaal gekozen bedrag gebruiken voor:

- fysiotherapie;
- kindersfiotherapie;
- bekkenfysiotherapie;
- manuele therapie;
- oedeemtherapie;
- geriatrische fysiotherapie;
- psychosomatische fysiotherapie;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- kinderoefentherapie;
- psychosomatische oefentherapie.

Artikel 11 Welke rechten heeft u bij de module Spieren & Gewrichten?

Lid 1 Paramedische zorg

Voor de module Spieren & Gewrichten geldt dat u deze alleen tegelijk met de basisverzekering kunt laten ingaan. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module en/of een andere vergoeding kiezen is niet mogelijk. Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen.

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via MijnFBTO op fbto.nl kunt u uw modules aan- en uitzetten.

Welke paramedische zorg wij vergoeden

U krijgt de volgende paramedische zorg vergoed:

- fysiotherapie;
- kindersfiotherapie;
- bekkenfysiotherapie;
- manuele therapie ;
- oedeemtherapie;
- geriatrische fysiotherapie;
- psychosomatische fysiotherapie;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck;

- kinderoefentherapie;
- psychosomatische oefentherapie.

Wat vergoeden we niet

1. Oedeemtherapie door een huidtherapeut;
2. De volgende aan fysiotherapie gelieerde behandelingen: dry needling, KISS therapie, shock- wave, beweegcursussen, sporttraining, medische - en preventieve training en hydrotherapie.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden paramedische zorg alleen, als:

1. de behandeling medisch noodzakelijk is. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt voor de eerste 20 behandelingen voor een chronisch traject, deze worden betaald uit de Module Spieren & Gewrichten.
2. de behandelend fysiotherapeut BIG-geregistreerd is. Dit kunt u controleren op bigregister.nl. Voor het in rekening brengen van verbijzonderde fysiotherapeutische zorg dient de therapeut ingeschreven te zijn in het CKR van het KNGF of een vergelijkbaar register. Onder vergelijkbaar register wordt verstaan het register welke gedurende de looptijd van de overeenkomst door Zilveren Kruis/FBTO wordt geaccepteerd.
3. een oefentherapeut Cesar/ Mensendieck geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.
4. Heeft u een behandeling aan huis nodig? Hiervoor is geen verwijzing van een huisarts, specialist of bedrijfsarts nodig.

Manuele therapie vergoeden we vanuit de module Spieren & Gewrichten als:

- a. de fysiotherapeut de specialisatie en de bevoegdheid heeft voor manuele therapie en BIG-geregistreerd is;
- b. de fysiotherapeut is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie of de Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT of VMT);
- c. de zorgverlener declareert als fysiotherapeut.

U kunt op bigregister.nl controleren of de fysiotherapeut BIG geregistreerd is.

Manuele therapie vergoeden we vanuit de module Alternatieve geneeswijzen als:

- a. de fysiotherapeut aangesloten is bij de vereniging van manuele therapie (VMT);
- b. de zorgverlener declareert als (alternatief) genezer.

Oedeemtherapie, Kinderfysiotherapie, Psychosomatische fysiotherapie, Geriatrische fysiotherapie, Kinderoefentherapie, Psychosomatische oefentherapie en Bekkenfysiotherapie vergoeden wij als: de fysiotherapeut een specialisatie/bevoegdheid heeft voor Oedeemtherapie,

Kinderfysiotherapie, Psychosomatische fysiotherapie, Geriatrische fysiotherapie, Kinderoefentherapie, Psychosomatische oefentherapie en Bekkenfysiotherapie.

Voor alle vormen van fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck vergoeden wij één behandeling per dag.

De vergoeding is per kalenderjaar, per verzekerde.

Geven wij u een vergoeding voor fysiotherapie of oefentherapie? Dan telt deze mee voor het maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis dat u heeft gekozen.

Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, kinderfysiotherapie, psychosomatische fysiotherapie, geriatrische fysiotherapie of behandeling bij u thuis krijgt u een hogere vergoeding per behandeling. Deze vergoeding telt ook mee voor het maximaal te vergoeden bedrag op jaarbasis dat u heeft gekozen.

Volgt u fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck in groepsverband?

Dan krijgt u een vergoeding die afhankelijk is van de grootte van de groep. Onder groepstherapie verstaan wij niet: medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's. Hiervoor krijgt u geen vergoeding.

Zorgverlener met een contract

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt, dan krijgt u 100% vergoed per behandeling tot het maximaal gekozen bedrag van de vergoeding.

Maximale vergoeding bij zorgverlener zonder contract

U krijgt een maximale vergoeding per behandeling als u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen contract hebben. Heeft u een FBTO Zorg basisverzekering naturapolis? Kijk dan in de lijsten met vergoedingen naturapolis voor de vergoeding per behandeling. Heeft u een FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis? Kijk dan in de lijsten met vergoedingen restitutiepolis voor de vergoeding per behandeling. U vindt de lijsten met vergoedingen op fbto.nl.

Krijgt u fysiotherapie in het buitenland? Wij hebben geen contracten afgesloten met fysiotherapeuten in het buitenland. Wij vergoeden daarom maximaal het behandeltraject dat wij betalen aan zorgverleners waarmee wij geen contract hebben.

Productvoorwaarden

Module Tand

De module Tand kent 3 vergoedingen. In totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar, per verzekerde. In totaal maximaal € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. In totaal maximaal € 750,- per kalenderjaar, per verzekerde.

Voor de module Tand geldt dat u deze alleen tegelijk met de basisverzekering kunt laten ingaan. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module en/of een andere vergoeding kiezen is niet mogelijk. Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen.

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via MijnFBTO op fbto.nl kunt u uw modules aan- en uitzetten.

U kunt uw maximaal gekozen bedrag gebruiken voor:

- Tandartscontrole
- Vullingen
- Tandsteen weghalen
- Mondhygiënist(e)
- Kronen en bruggen
- Implantaten
- Paradontologische behandelingen (tandvlees)

Artikel 12 Welke rechten heeft u bij de module Tand?

Lid 1 Tandheeskundige hulp Welke kosten wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten per verzekerde als deze ouder is dan 18 jaar en als de module Tand is ingegaan. U heeft dan recht op vergoeding van de kosten van tandheeskundige zorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheeskundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor het huidige jaar van de verzekering, met uitzondering van de uitsluitingen.

Zie op fbto.nl voor de Tariefbeschikking Tandheeskundige zorg.

Lid 2 Wie mag deze zorg verlenen?

1. Een tandarts (of tandarts-specialist zoals een implantoloog, parodontoloog, endodontoloog of gnatholoog) die als tandarts opgenomen is volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG (beroepen in de individuele gezondheidszorg).
2. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheeskunde (KNMT).

3. Een tandprotheticus is een specialist in het aanmeten en vervaardigen van uitneembare gebitsprotheses. Een tandprotheticus is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
4. Een mondhygiënist die is opgeleid volgens de opleidingseisen mondhygiënist, zoals genoemd in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en in het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Wat wij niet vergoeden

Een tandtechniker is geen erkende zorgverlener. Nota's van een tandtechnisch laboratorium vergoeden wij daarom niet.

Ook de kosten van de volgende behandelingen vergoeden wij niet:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- afspraken die u niet nakomt (C90);
- het uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98);
- orthodontie;
- de kosten voor een mandibulair repositieapparaat (MRA, een zogenoemde snurkbeugel) en voor de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- abonnementen (Z-codes);
- prestatiecode A20 (volledige narcose);
- prestatiecode M05 (beslijpen en/of behandelen melkelement).

Lid 3 Vergoeding van de eigen bijdrage voor een tandheelkundige prothese

De basisverzekering rekent een eigen bijdrage voor het maken, plaatsen, repareren en rebasen van een tandheelkundige prothese.

Deze module vergoedt deze eigen bijdrage. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.

Lid 4 Orthodontie valt niet onder deze module

De kosten van orthodontie vallen niet onder de module Tand. De module Gezichts zorg & Orthodontie vergoedt deze kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Lid 5 Vergoeding van de kosten van kaakchirurgie

Wij vergoeden de kosten voor een ongecompliceerde extractie door een kaakchirurg uit de module Tand. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.

Let op! De kaakchirurg beoordeelt of het om een gecompliceerde extractie gaat (=Basisverzekering) of om een ongecompliceerde extractie (prestatiecode 234032). Met de basisverzekering heeft u een verplicht eigen risico. Houdt u daar rekening mee?

Productvoorwaarden

Module Tand ongeval

In deze module hebt u een maximale vergoeding van € 10.000,- per kalenderjaar, per verzekerde voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. U krijgt hiervoor een vergoeding tot u het maximum hebt bereikt.

Artikel 13 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Lid 1

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering vergoeding zijn.

Zie op fbto.nl voor de Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden geen kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

1. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
2. grove schuld of opzet van de verzekerde;
3. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
4. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Productvoorwaarden

Module Voetzorg

In deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 150,- per kalenderjaar, per verzekerde voor:

- pedicurezorg bij o.a. reuma en diabetes (maximaal € 25,- per behandeling);
- klassieke orthopedische steunzolen;
- podotherapeutische - en podologische zolen;
- podotherapie/podologie/podoposturale therapie.

Artikel 14 Welke rechten heeft u bij de module Voetzorg?

Lid 1 Pedicurezorg

Wij vergoeden pedicurezorg aan verzekerden die lijden aan reuma, diabetes, multiple sclerose, een dwarslaesie en Amyotrofische Laterale Sclerose (ALS).

- Pedicurezorg bij reuma
Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met de medische indicatie reumatische voet.
2. De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
3. Gaat het om een (pedicure-)chiropodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
4. Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
5. Op de nota moet duidelijk de indicatie staan.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

1. het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
 2. het knippen van nagels zonder medische reden.
- Pedicurezorg bij diabetes
Heeft u diabetes? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
2. De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of als medisch pedicure (MP).
3. Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
4. Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

1. voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering;
2. behandelingen, vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering;
3. het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
4. het knippen van nagels zonder medische reden.

Lid 2 Klassieke orthopedische steunzolen

Wij vergoeden de kosten van:

- klassieke orthopedische steunzolen;
- bezoeken aan de zorgverlener om klassieke orthopedische steunzolen te laten aanmeten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden alleen steunzolen van een steunzolenleverancier die voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen (NVOS-Orthobanda, Stichting Loop of het Omni Podo Genootschap). Is uw leverancier SEMH-gecertificeerd voor orthopedische schoenen? Dan voldoet hij ook aan de kwaliteitseisen. Dit moet duidelijk op de nota staan.

Wat wij niet vergoeden

Reparaties aan en aanpassingen van steunzolen vergoeden wij niet.

Lid 3 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/podotherapeutische- en podologische zolen

Wij vergoeden de kosten van podotherapie. Het gaat om de gezamenlijke kosten van:

- podotherapeutische en instrumentele behandelingen;
- bezoeken aan de zorgverlener om podotherapeutische- of podologische zolen te laten aanmeten;
- materiaal voor podotherapeutische en podologische zolen.

Voorwaarden voor vergoeding

Wij vergoeden deze kosten alleen als bij:

- Podotherapie, de podotherapeut die voldoet aan de eisen van en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- Podologie, de registerpodoloog geregistreerd staat bij Stichting LOOP;
- Podoposturale therapie, de podoposturaal therapeut is aangesloten bij Omni Podo Genootschap.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

1. voetonderzoek van de diabetische voeten. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering;
2. behandeling van de diabetische voeten, vanaf Zorgprofiel 2. Dit valt onder de basisverzekering.

Productvoorwaarden

Module Zorg in het buitenland Europa (zonder vaccinaties)

In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg in Europa en persoonlijke hulpverlening in Europa.

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

En daarnaast elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Let op! Vaccinaties worden vergoed uit de module Zorg in het buitenland Wereld.

Artikel 15 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

Lid 1

Verblijft u of een verzekerde lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. 'Spoedeisend' betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

Lid 2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerde gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van medicijnen die de arts voorschrijft. Maar alleen als u ons het recept stuurt. Het voorgeschreven medicijn moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem;

- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

Wat wij niet vergoeden

Zelfzorg geneesmiddelen vergoeden wij niet.

Lid 3

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

Lid 4 Vergoeding vervolgcosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- 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. In artikel 16 lid 2 leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

Lid 5

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Lid 6 Vergoeding tandheelkundige hulp

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel 3 van de Algemene voorwaarden aanvullende modules. Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest invoeren.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota('s) van de tandarts.

Artikel 16 Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening in Europa?

Lid 1

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

Lid 2

U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo snel mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

Lid 3 Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland.

Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;

- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

Lid 4

Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

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.

Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk?

Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

- de kosten van begrafenissen of crematies ter plaatse;
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland in verband met de begrafenissen of crematies van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
- de verblijfkosten van deze personen gedurende maximaal 3 dagen.

Let op! Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

Lid 5

Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

Lid 6

Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld?

Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

Lid 7

Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan laat u dit zien aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

Als de overheid reizigers afraadt om naar het gebied te reizen

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse zaken iedereen afraadt om te reizen naar het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. Was u al in dat land of gebied? Dan heeft u er wel recht op dat wij de medische kosten betalen. Maar u moet wel zo snel als mogelijk vertrekken uit dat land of gebied. Kijk voor meer informatie op www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/reisadviezen.

Productvoorwaarden

Module Zorg in het buitenland Wereld (met vaccinaties)

In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg, persoonlijke hulpverlening en vaccinaties.

Artikel 17 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

Lid 1

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. 'Spoedeisend' betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

Lid 2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van medicijnen die de arts voorschrijft. Maar alleen als u ons het recept stuurt. Het voorgeschreven medicijn moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem;
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

Wat wij niet vergoeden

Zelfzorg geneesmiddelen vergoeden wij niet.

Lid 3

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

Lid 4 Vergoeding vervolgcosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- 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. In artikel 18 lid 2 leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

Lid 5

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

Lid 6 Vergoeding tandheelkundige hulp in het buitenland

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel 3 van de Algemene voorwaarden aanvullende modules. Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest invoeren.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota('s) van de tandarts.

Artikel 18 Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening?

Lid 1

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

Lid 2

U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo snel mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

Lid 3 Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

Lid 4

Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

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. Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk?

Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

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

Let op! Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

Lid 5

Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

Lid 6

Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld? Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

Lid 7

Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan laat u dit zien aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

Artikel 19 Vergoeding kosten vaccinaties

Lid 1 Vergoeding kosten vaccinaties

Wij vergoeden de kosten van consulten, avond- en weekendtoeslag, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland tegen:

- cholera;
- dtp;
- gele koorts;
- geneesmiddelen ter preventie van malaria;
- hepatitis A/B;
- rabiës;
- tyfus;
- teken-encefalitis.

Wij vergoeden geen:

- vaccinaties voor ziektes die niet hierboven staan;
- vaccinaties die onder het landelijk vaccinatieprogramma vallen;
- telefonisch consult.

Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesering (LCR) noodzakelijk zijn.

Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij vergoeden maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.
2. Wij vergoeden uitsluitend vaccinaties die zijn toegediend door een zorgverlener die is aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing www.lcr.nl/vaccinatie-adressen.

FBTO heeft afspraken gemaakt met Thuisvaccinatie.nl. De arts komt bij u langs wanneer het u uitkomt. Dat kan ook 's avonds en in het weekend. www.thuisvaccinatie.nl/zorgverzekeraars/fbto.

Als de overheid reizigers afraadt om naar het gebied te reizen

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse zaken iedereen afraadt om te reizen naar het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. Was u al in dat land of gebied? Dan heeft u er wel recht op dat wij de medische kosten betalen. Maar u moet wel zo snel als mogelijk vertrekken uit dat land of gebied. Kijk voor meer informatie op www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/reisadviezen.

Productvoorwaarden

Module Zorg & Herstel

In deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 750,- per kalenderjaar, per verzekerde voor:

- een vergoeding voor reiskosten bij bezoek aan een opgenomen kind;
- een logeershuis;
- therapeutisch kamp voor astmatische kinderen;
- zittend ziekenvervoer;
- vergoeding van de kosten van gezinszorg;
- palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis;
- vervangende mantelzorg;
- abonnementskosten bij personenalarmering.

Artikel 20 Welke rechten heeft u bij de module Zorg & Herstel?

Lid 1 Op welke vergoedingen heeft u recht bij bezoek aan een opgenomen kind?

Is een meeverzekerd minderjarig kind op uw FBTO polis opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of GGZ-instelling in Nederland? Dan vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. Maar alleen als de afstand van uw woonplaats of gasthuis tot het ziekenhuis, het revalidatiecentrum of de GGZ-instelling minimaal 25 kilometer bedraagt. Wij vergoeden € 0,28 per kilometer.

Voorwaarde: FBTO vraagt een verklaring van opname op van de verzekerde.

Lid 2 Logeershuis

Is een verzekerde van FBTO die de module Zorg & Herstel heeft afgesloten in een ziekenhuis opgenomen? En overnachten meeverzekerde gezinsleden in een logeershuis, zoals een Ronald McDonald Huis of een ander gasthuis? Dan vergoeden wij de eigen bijdrage die het ziekenhuis daarvoor in rekening brengt.

Lid 3 Therapeutisch kamp voor astmatische kinderen

Wij vergoeden de kosten van een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen tot 18 jaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vóór deelname toestemming vragen aan FBTO.

Lid 4 Zittend ziekenvervoer

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer. Dit betekent dat u een vergoeding krijgt voor de kosten van gecontracteerd taxivervoer en openbaar vervoer (trein 2e klasse, bus, tram, metro en veerboot).

Kiest u voor niet-gecontracteerd taxivervoer? Het kan dan zijn dat u moet bijbetalen. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn: (071) 365 41 54. Gebruikt u de eigen auto voor zittend ziekenvervoer? Dan vergoeden wij € 0,28 per kilometer.

Wij gaan daarbij uit van de kortste route. Wij stellen deze route vast. Parkeerkosten worden niet vergoed.

Voorwaarden voor vergoeding van medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- u moet vooraf toestemming vragen aan De Vervoerslijn van FBTO. Dat kan op werkdagen van 8.00 uur tot 18.00 uur via telefoonnummer (071) 365 41 54. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak maakt;
- u krijgt het vervoer niet vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet;
- het vervoer houdt verband met een medische behandeling of een opname die de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (Wlz) vergoedt.

U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen voor een enkele rit. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Lid 5 Vergoeding van de kosten van gezinszorg

Krijgt een van de volwassenen in het gezin te maken met een ziekenhuisopname of een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking? Dan heeft u recht op een vergoeding van € 75,- per dag voor de kosten van gezinszorg. Wij vergoeden per volwassen verzekerde. Deze vergoeding krijgt u ook, als u alleen op de polis verzekerd bent. Dan gelden dezelfde voorwaarden.

Bij een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking is de periode waarin u gebruikt kunt maken van de gezinszorg maximaal 4 maanden.

Let op! Wij moeten vooraf toestemming geven. Daarvoor hebben wij een medische verklaring nodig van de behandelend (para)medicus.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

1. de verzekerde moet behandeld worden door een (para)medicus;
2. u moet de vergoeding uitsluitend gebruiken om tijdelijk professionele hulp in de huishouding in te huren;
3. de zorgverlener of gezinshulp moet als zodanig zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel;

4. wij vergoeden alleen de volgende diensten:
- oppacentrale;
 - hondenuitlaatservice;
 - thuiszorg;
 - witte werkster;
 - bezorgkosten van de boodschappenservice, bijvoorbeeld voor boodschappen die u via internet bestelt;
 - tussenschoolse opvang van de kinderen.

Lid 6 Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis. Een hospice of een bijna-thuis-huis brengt een eigen bijdrage in rekening. Deze is voor de dagelijkse kosten zoals eten, drinken en de wasserette.

Wat wij niet vergoeden

De eigen bijdrage voor een hospice of een bijna-thuis-huis dat deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaardenhuis of verzorgingshuis vergoeden wij niet.

Lid 7 Vervangende mantelzorg

Zijn de vaste verzorgers van een chronisch zieke of ernstig gehandicapte ziek of op vakantie? Dan vergoeden wij vervangende mantelzorg via de stichting Handen-in-Huis. U krijgt een vergoeding tot maximaal € 140,- per dag. Meer informatie vindt u op handeninhuis.nl.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf toestemming vragen aan stichting Handen-in-Huis.

Lid 8 Abonnementskosten bij personenalarmering

Personenalarmering aanvragen? De FBT0 Basisverzekering vergoedt bij personenalarmering alleen de apparatuur. Deze apparatuur krijgt u in bruikleen. U kunt voor deze apparatuur direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Raadpleeg dan onze Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl. Wij verwijzen u vervolgens naar een leverancier waarmee wij een contract hebben. De gecontracteerde leverancier beoordeelt of u hiervoor in aanmerking komt.

Wij vergoeden, als u de module Zorg & Herstel heeft afgesloten, de abonnementskosten voor deze personenalarmering als u hiervoor in aanmerking komt.

Wat wij niet vergoeden

Abonnementskosten bij een niet gecontracteerde leverancier.

Bijlage

Definities van Molestbegrippen

Gewapend conflict

Een situatie waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of de een de ander, bestrijden. Dat doen zij met militaire machtsmiddelen. Onder gewapend conflict verstaan we ook het gewapende optreden van een Vredesmacht der Verenigde Naties.

Burgeroorlog

Een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van dezelfde staat. Een belangrijk deel van de inwoners van die staat is hierbij betrokken.

Opstand

Georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag.

Binnenlandse onlusten

Min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen. Deze gebeuren op verschillende plaatsen binnen een staat.

Oproer

Een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging. Deze beweging is gericht tegen het openbaar gezag.

Muiterij

Een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht. Deze macht is gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

NHT

Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT)
Verzekeraars hebben in 2003 de NHT opgericht. Wij hebben het terrorismerisico bij de NHT herverzekerd. Op deze herverzekering is het Protocol Afwikkeling Claims van toepassing. Het clausuleblad Terrorismedekking is onderdeel van dit protocol. Download dit protocol en het clausuleblad op www.terrorismeverzekerd.nl.

Terrorismerisico

Schade door een aanslag met politiek, religieus of ideologisch doel waarbij sprake is van geweld of besmetting via ziektekiemen/schadelijke stoffen. Een verzekerde neemt maatregelen om zo'n aanslag te voorkomen of de gevolgen te beperken.

Bijlage

Clausuleblad Ongevallen

Wanneer betalen wij niet?

In onze algemene/bijzondere voorwaarden Ongevallenverzekering leest u wanneer wij niet betalen.

Wij betalen ook niet als uw gebit beschadigd raakt en er is een andere verzekering die voor deze schade geldt? Dan betalen we in 2 situaties niet.

1. Wij betalen niet als er ook een andere verzekering is en u volgens de voorwaarden van die verzekering voor dezelfde schade betaald kan krijgen. Het maakt daarbij niet uit of die andere verzekering eerder of later dan deze verzekering is afgesloten.
2. We betalen ook niet als een andere verzekering voor de schade betaald zou hebben als u deze verzekering niet zou hebben gehad.
 - a. Als u gewond raakt door een ongeval tijdens een snelheidswedstrijd, slipcursus of een behendigheidsrit
We betalen niet als:
 - het ongeval gebeurde toen u in het motorrijtuig zat, dat werd gebruikt voor een snelheidsrit, een snelheidswedstrijd, slipcursus of een training daarvoor;
 - het ongeval gebeurde toen u met het motorrijtuig op een circuit reed;
 - het ongeval gebeurde toen u in het vaartuig of luchtvaartuig zat, dat werd gebruikt voor een snelheidswedstrijd of behendigheidstraining .
 - b. Als u alcohol, medicijnen of drugs heeft gebruikt
We betalen niet:
 - als het ongeval gebeurde terwijl u meer alcohol in het bloed of in de adem heeft dan mag volgens de wet;
 - als u weigert mee te werken aan een blaastest of een ander onderzoek om de hoeveelheid alcohol, medicijnen of drugs in uw lichaam te meten;
 - als het ongeval gebeurde terwijl u medicijnen of drugs heeft gebruikt die invloed kunnen hebben op uw gedrag.
 - c. Als u het ongeval met opzet heeft veroorzaakt of door roekeloosheid
We betalen niet als u blijvend invalide wordt of overlijdt doordat u het ongeval met opzet heeft veroorzaakt. Dus als u iets deed of juist niet deed met de bedoeling om een ongeval te veroorzaken. Of als u zeker wist dat er een ongeval door zou ontstaan. We betalen ook niet als u iets doet of juist niet iets doet terwijl u weet of had kunnen weten dat dit extra gevaarlijk is.

d. Als u een misdrijf pleegt

We betalen niet als u blijvend invalide wordt of overlijdt doordat u een misdrijf pleegt. Of als u probeert een misdrijf te plegen.

e. Als u meedoet aan een vechtpartij

We betalen niet als u blijvend invalide wordt of overlijdt doordat u meedoet aan een vechtpartij. Behalve als u kunt bewijzen dat u alleen uzelf verdedigde.

f. Als u meedoet aan militaire activiteiten

We betalen niet als u blijvend invalide wordt of overlijdt doordat u meedoet aan militaire activiteiten. Of wanneer het ongeval ontstaat doordat u een wapen gebruikt. Dit geldt niet als u in dienst bent van het ministerie van Defensie. En als u niet bent uitgezonden naar het buitenland. Krijgt u een ongeval door wapens waarvoor u een vergunning heeft? Dan geldt deze uitsluiting niet.

g. Andere ongevallen

We betalen niet:

- als het ongeval ontstaat door een psychische aandoening bij u;
- als u een bergtocht maakt. Deze uitsluiting geldt niet als de bergtocht ook voor een ongeofende wandelaar geschikt is. U kunt dat bewijzen;
- als u sport. En u wordt daarvoor betaald. Bijvoorbeeld als u profvoetballer bent;
- als u meedoet aan een gevaarlijke sport. Zoals een vechtsport, wildwatervaren, rugby, parachutespringen, zeilvliegen, bungy jumping, paardensport in wedstrijdverband, ijshockey, ijszeilen, bobsleeën, rodelen/skeleton, ski-alpinisme, skispringen, skivliegen, ski-jöring, paraskiën, heliskiën, speedskiën of het onderdeel figuurspringen van freestyle skiën;
- als het ongeval verband houdt met het gebruik van een vliegtuig, behalve als u passagier bent.

Wij sturen u een mail met wel, niet of gedeeltelijk betaald, de reden waarom er is afgewezen kunt u vinden op MijnFBTO. Per brief vertellen wij waarom er niet is betaald. Bent u het daar niet mee eens? Dan moet u een brief aan ons sturen waarin staat dat u het daar niet mee eens bent. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij het bericht verstuurden. Deze datum staat in het bericht.

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., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 30208631 en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, K.v.K.nr. 50884077.