

ZORGVERZEKERINGEN 2022

voor verzekerden



In deze brochure lees je meer over:

Wie zijn wij?	3
De zorgverzekering	4
Basisverzekering	4
De meerwaarde van een aanvullende verzekering	5
Het eigen risico	6
Grensoverschrijdende zorg	7
Grensarbeiders: wonen in België, werken in Nederland	7
Grensarbeiders: werken in België, wonen in Nederland	7
Opname in een Belgisch ziekenhuis	8
Zorgkosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland	8
Onze dienstverlening	9
Heb je een klacht?	9
Wil je je verzekering veranderen?	10
Keuze uit diverse zorgverzekeraars	10
Stichting BGZC: collectieve voordelen voor werkgever en werknemers	11
Individueel verzekeren	11
Onze contactgegevens	12



Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Neem voor het doorgeven van wijzigingen, vragen over vergoedingen en declaraties, het verkrijgen van machtigingen en bij klachten contact op met ons.

Mr. F.J. Haarmanweg 16
Postbus 201
4530 AE TERNEUZEN
Telefoon: 0115 61 83 44
Telefoon vanuit het buitenland: +31 115 61 83 44
E-mail: zorg@witteboussen.nl

Vragen? Stel ze online via de chatfunctie op www.witteboussen.nl

Deze brochure is eigendom van Witte-Boussen Assurantiën B.V. De inhoud van deze brochure is op zorgvuldige wijze en naar beste weten samengesteld. Desondanks kan op geen enkele wijze worden ingestaan, noch enige garantie afgegeven worden voor de juistheid of volledigheid. Aan de inhoud van deze handleiding kunnen dan ook geen rechten worden ontleend. Niets uit de tekst of grafische voorstellingen uit deze brochure mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Witte-Boussen Assurantiën B.V. worden veeleenvoudigd en/of openbaar worden gemaakt in enige vorm of op enige wijze. Tenzij anders aangegeven, berusten alle rechten, waaronder auteursrechten en andere intellectuele eigendomsrechten van dit document bij Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Wie zijn wij?

Wij zijn Witte-Boussen, een onafhankelijk assurantiekantoor. Wij adviseren en bemiddelen in verzekeringen, vastgoed, pensioenen en hypotheek. Wij zorgen voor zekerheid en continuïteit voor zowel bedrijven als particulieren.

Wij verzorgen zorgvuldige risicoanalyses, vergelijken premies en voorwaarden van diverse verzekeraars en geven een afgewogen advies en aanbod. Om onze klanten tijdig te informeren over belangrijke wijzigingen worden de ontwikkelingen op de verzekeringsmarkt nauwgezet gevolgd door onze deskundige en vakbekwame medewerkers.

Het bijstaan van onze klanten in iedere levensfase, het geven van inzicht in risico's, het daarvan verkleinen waar mogelijk en het aanreiken van oplossingen geeft onze klanten rust en zekerheid.



Wij zijn gericht op het aangaan van een duurzame relatie met particuliere en zakelijke klanten. Deze relatie bouwen wij op door een unieke klantwaarde te creëren als specialist in eigen regio. Een van onze specialismen zijn zorgverzekeringen.

-Rolf Luteijn, Commercieel Directeur



De zorgverzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht een basisverzekering (zogenaamde basispakket) af te sluiten. De Rijksoverheid bepaalt wat er in het basispakket zit. Dat is medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft. De inhoud van dat basispakket is voor iedereen gelijk. Daarnaast bieden zorgverzekeraars diverse aanvullende (tandarts-) verzekeringen aan. Je bent echter niet verplicht om die af te sluiten. Jaarlijks, op 1 januari, heb je de mogelijkheid om te kiezen voor een andere zorgverzekeraar. Je dient de zorgverzekering bij je huidige zorgverzekeraar vóór 1 januari te hebben opgezegd en kunt tot 1 februari kiezen voor een andere zorgverzekeraar.

In dat geval gaat je nieuwe zorgverzekering alsnog per 1 januari in. Ook kun je bij dezelfde zorgverzekeraar blijven, maar een wijziging in je basis- en/of aanvullende verzekeringen wensen. Per zorgverzekeraar kan de datum waarop je dat uiterlijk kunt aangeven echter verschillen.

Goed om te weten!

Voor klanten die de zorgverzekering via ons kantoor hebben afgesloten, organiseren wij aan het einde van het kalenderjaar informatieavonden. Tijdens deze informatieavonden kun je in samenspraak met één van onze medewerkers bekijken of er iets aangepast moet worden in de dekking voor het komende jaar of dat je wellicht beter kunt overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Basisverzekering

De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis, wijkverpleging en apotheek. Voor de meeste zorg in het basispakket geldt een eigen risico. Er kunnen ook nog eigen bijdragen gelden.

Enkele belangrijke kenmerken van het basispakket zijn:

- De basisverzekering is verplicht als je woont of werkt in Nederland.
- Het basispakket is bepaald door de overheid. De inhoud kan jaarlijks veranderen.
- Je hebt keuzevrijheid bij welke zorgverzekeraar je een basisverzekering afsluit.
- Een zorgverzekeraar dient jou altijd te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht je gezondheid, leeftijd of inkomen.
- De premie van een polis is voor iedereen gelijk, ongeacht leeftijd of gezondheid. Kortingen kunnen echter worden gegeven via (werkgevers-) collectiviteiten.
- Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Zij moeten zorgen dat iedereen op tijd en binnen redelijke afstand de zorg krijgt die nodig is.





Er zijn 2 soorten basisverzekeringen:

- **Restitutiepolis:** Je hebt recht op een kostprijsvergoeding tot maximaal het marktconforme tarief dat in Nederland gebruikelijk is. Of je naar een door jouw zorgverzekeraar gecontracteerd zorgverlener gaat of niet, maakt niet uit. Je hebt zodoende meer keuzevrijheid. De restitutiepolis is mede daarom iets duurder.
- **Naturapolis:** Bij een naturapolis is het de bedoeling dat een verzekerde naar een zorgaanbieder gaat, waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft. Dit is een gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar betaalt de rekening voor de geleverde zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Als de verzekerde ervoor kiest om voor verzekerde zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, wordt vaak maar een deel van de kosten vergoed. De verzekerde moet dan vaak zelf de rekening van de zorgaanbieder betalen. De zorgverzekeraar betaalt daarna (een deel van) de rekening terug aan de verzekerde. De vergoeding varieert per zorgverzekeraar. Vaak vergoeden ze dan uiteindelijk 70 tot 80% van de nota. De premie is iets lager dan de restitutiepolis.

Daarnaast worden zogenaamde budgetpolissen op de zorgverzekeringsmarkt aangeboden; dat zijn naturapolissen waarbij bijvoorbeeld slechts een beperkt aantal ziekenhuizen gecontracteerd is. Ga je naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis, dan vergoedt je zorgverzekeraar niet alles. Een budgetpolis is goedkoper dan een reguliere naturapolis. Wij bieden deze variant wel aan, maar adviseren je goed na te denken over evt. financiële gevolgen, mocht je hiervoor kiezen.

Zorgverzekeraars bieden ook een gecombineerde restitutie- en naturapolis aan. De zogenaamde combinatiepolis. In deze variant wordt deels vergoed conform de restitutiepolisvoorwaarden en deels op basis van naturapolisvoorwaarden. De premie zit tussen beide basisverzekeringen in.

De meerwaarde van een aanvullende verzekering

Niet alle zorg zit in het basispakket. Je kunt een aanvullende verzekering afsluiten voor zorg die niet in het basispakket zit. Bijvoorbeeld extra vergoeding voor een behandeling bij de tandarts, fysiotherapeut, alternatief genezer of omdat je een uitgebreidere dekking wenst als je tijdelijk in het buitenland verblijft. Je bent niet verplicht om die af te sluiten. Een zorgverzekeraar kan verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden. De zorgverzekeraar bepaalt de voorwaarden van haar aanvullende verzekering. Voor een aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Voor sommige aanvullende verzekeringen geldt medische selectie. De zorgverzekeraar stelt enkele medische vragen en kan je voor deze, meestal uitgebreide aanvullende (tandarts-)verzekering, weigeren. Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Het eigen risico

Als je medische kosten maakt, geldt er voor de basisverzekering een wettelijk verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico is € 385,-. Dit betekent dat je in 2022 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt.

Verwacht je veel zorgkosten te maken en je verplicht eigen risico volledig te gebruiken? Dan is het fijn om te weten dat je dit in termijnen kunt betalen.

Als je dat wenst, kun je jouw eigen risico verhogen. Het bedrag boven € 385,- heet het vrijwillig gekozen eigen risico. Dit kan variëren van € 100,- tot maximaal € 500,-. De hoogte bepaal je zelf. Als je hiervoor kiest, betaal je minder premie. Hoe hoger het vrijwillig gekozen eigen risico, hoe lager je premie. Dit betekent wel dat je een groter deel van de zorg zelf betaalt. Het aanpassen van het vrijwillig gekozen eigen risico kan uiterlijk 31 december worden aangevraagd. Je kunt voor dit vrijwillig gekozen eigen risico geen termijnbetaling afspreken. Wél kun je een betalingsregeling treffen met jouw zorgverzekeraar, mocht je geconfronteerd worden met hoge kosten. Per zorgverzekeraar kan er een verschil zijn, welke varianten aan vrijwillig eigen risico zij aanbiedt. Bezoek hiervoor de website van de betreffende zorgverzekeraar.

Je declaraties verrekent jouw zorgverzekeraar meestal eerst met het verplicht eigen risico. Pas daarna met het eventueel door jou gekozen vrijwillig eigen risico. Stuur jouw zorgverlener de rekening naar je zorgverzekeraar? Dan betaalt deze de rekening meestal direct aan de zorgverlener, inclusief het (in te houden) eigen risico. Omdat je dit eigen risico zelf moet betalen, brengt jouw zorgverzekeraar het vervolgens bij je in rekening. Per zorgverzekeraar kan deze werkwijze overigens verschillen. Als je zelf een nota bij jouw zorgverzekeraar indient, dan houdt deze doorgaans het eigen risico in. Het restbedrag wordt vergoed.

Zorgkosten voor kinderen tot 18 jaar:

- Een bezoek aan de huisarts, met uitzondering van bloed- en laboratoriumonderzoek uitgevoerd buiten de praktijk;
- Zorgprogramma's en ketenzorg, met uitzondering van geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek;
- Verloskundige zorg en bevalling, met uitzondering van de NIPT-test, geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, ziekenvervoer en kraamzorg;
- Kraamzorg, let op: je betaalt wel een eigen bijdrage;
- Hulpmiddelen die je in bruikleen hebt;
- Verpleging en verzorging bij je thuis (wijkverpleging);
- Reiskosten en nacontroles van een nier- of leverdonor;
- Alle zorg die vergoed wordt vanuit je aanvullende- of tandartsverzekering.

In deze gevallen worden de zorgkosten volledig vergoed. Je hoeft dan geen eigen risico te betalen.



Grensoverschrijdende zorg

Onze klanten wonen voor een groot deel in de grensstreek met België. Veel klanten gaan voor met name ziekenhuiszorg de grens over. Daarom vinden wij het uitermate belangrijk dat de zorgverzekeringen die wij aanbieden daarop aansluiten. Mede daarom gaat onze voorkeur uit naar zorgverzekeringen waarbij de zorgverzekeraar voldoende (gespreide) ziekenhuizen in

België gecontracteerd heeft. Ook niet-gecontracteerde ziekenhuizen en andere zorgverleners in België worden geregeld bezocht door onze klanten. Mede daarom gaat onze voorkeur uit naar een restitutiepolis, liefst in combinatie met een aanvullende verzekering. Uiteraard beslis je zelf wat het beste bij jou past.

Grensarbeiders: wonen in België, werken in Nederland

Mensen die in België wonen en in Nederland werken worden ook wel grensarbeiders genoemd. Grensarbeiders die in Nederland belastingplichtig zijn, moeten zich aanmelden bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Zij kunnen gebruikmaken van de zorg in Nederland, maar ook van zorg in het land waar ze wonen. De Nederlandse zorgverzekeraar zorgt voor een zogenaamd verdragsformulier S1(E106), zodat de grensarbeider zich voor zorg kan inschrijven in het land waar hij of zij woont. In België bij een zogenaamde mutualiteit.

Gezinsleden van de grensarbeider die zelf geen inkomen in Nederland hebben, kunnen geen zorgverzekering afsluiten in Nederland. De grensarbeider meldt zich met het verdragsformulier S1(E106) in België aan bij een mutualiteit naar keuze. Deze zorgverzekeraar beoordeelt welke gezinsleden mee verzekerd zijn. Vaak zijn dat gezinsleden zonder inkomsten in het eigen woonland, dit worden verdragsgerechtigden genoemd. Verdragsgerechtigden hebben recht op de geneeskundige zorg in het woonland. De

verdragsgerechtigde dient zich te registreren bij het CAK. Wenst een verdragsgerechtigde zorg in Nederland te krijgen, dan dient hij/zij een EHIC (European Health Insurance Card) te hebben, die dient aangevraagd te worden bij het CAK. Zilveren Kruis Achmea is als enige zorgverzekeraar aangesteld om eventuele declaraties voor verdragsverzekerden af te wikkelen. De verdragsverzekerde is dan verzekerd voor de zorg uit de basisverzekering. De verdragsgerechtigde van 18 jaar en ouder dient een zogenaamde verdragsbijdrage te betalen. Het CAK int deze premies.

Woon je in België en ontvang je een uitkering of pensioen uit Nederland én heb je verder geen andere inkomsten in België uit actieve arbeid? Dan kun je in Nederland geen zorgverzekering afsluiten. Dan moet jij je, zoals dat wel wordt genoemd, 'ten laste van Nederland' in België verzekeren. Schrijf je hiervoor in bij een Belgische mutualiteit naar keuze met een document S1 (voorheen E-formulier 121). Dit formulier kun je aanvragen bij het CAK. Meer informatie vind je op www.hetcak.nl.

Grensarbeiders: werken in België, wonen in Nederland

Indien je in Nederland woont, maar in België werkt, ben je verplicht verzekerd in België. Je kunt dan geen reguliere zorgverzekering afsluiten in Nederland.

Zodra je een zorgverzekering in België bij een mutualiteit afsluit, heb je ook recht op zorg in Nederland. Je kunt daarvoor een zogenaamde Verdragspolis afsluiten. Zorgverzekeraar CZ is als enige zorgverzekeraar aangesteld om deze Verdragspolis aan te bieden. Met de Verdragspolis krijg je zorg in Nederland vergoed alsof je in Nederland verzekerd bent. De vergoedingen zijn gelijk aan de CZ naturapolis 'Zorg-op-maatpolis'. Zorg in België, krijg je vergoed via je mutualiteit. In sommige situaties kun je jouw partner en/of kind(eren) ook verzekeren via de Verdragspolis.

Omdat je al premie betaalt aan je Belgische mutualiteit, hoeft je voor de Verdragspolis geen premie meer te betalen, tenzij je een aanvullende verzekering erbij afsluit.

Voor meer informatie verwijzen we je volledigheidshalve naar: www.cz.nl/zorgverzekering/buitenland/verdragspolis

Uiteraard kunnen wij je van dienst zijn met betrekking tot het afsluiten van de Verdragspolis.



Opname in een Belgisch ziekenhuis

Indien er sprake is van een medische reden kan het ziekenhuis je op een eenpersoonskamer plaatsen. De extra kosten zal het ziekenhuis normaliter zelf declareren bij de zorgverzekeraar. Wens je echter zelf (zonder medische redenen) op een (luxere) eenpersoonskamer te liggen dan moet je er rekening mee houden dat de meerkosten niet verzekerd zijn. Het ziekenhuis kan deze meerkosten,

die aanzienlijk kunnen oplopen, niet declareren bij je zorgverzekeraar. Daarom zal het ziekenhuis je vragen een verklaring te ondertekenen dat je deze kosten voor eigen rekening neemt. Omdat deze kosten hoog kunnen oplopen (ligkamer en honorarium specialist), adviseren wij je deze verklaring niet zonder meer te ondertekenen en vooraf te vragen waar je financieel rekening mee moet houden.

Zorgkosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Als je tijdelijk naar het buitenland gaat, blijf je verzekerd bij je Nederlandse zorgverzekeraar. Iedereen die een Nederlandse zorgverzekering heeft, heeft werelddekking voor spoedeisende medisch noodzakelijke zorg. Welke medische zorg je kunt krijgen, hangt af van het land waar je verblijft. Ook de vergoeding van zorgkosten hangt daarvan af. Soms dekt je zorgverzekering sommige kosten niet of niet helemaal. Misschien heb je een aanvullende verzekering of reisverzekering nodig.

Verblijf je tijdelijk in een ander land binnen Europa? Dan kan de Europese zorgverzekeringskaart (EHIC) handig zijn. Met deze kaart krijg je makkelijker toegang tot medische voorzieningen in het buitenland. De kans is dan kleiner dat je geld voor moet schieten.

Heb je nog geen Europese zorgverzekeringskaart? Vraag deze kaart dan tijdig aan bij jouw zorgverzekeraar.

Maak je in het buitenland kosten voor medische zorg? Dan kun je mogelijk een vergoeding krijgen op grond van je zorgverzekeringspolis. Het gaat dan om zorg die niet kan wachten tot je weer in Nederland bent. Deze zorg valt wel onder het eigen risico.

De vergoeding is nooit hoger dan het bedrag dat zorgverleners in Nederland in rekening mogen brengen.

Het Nederlandse tarief kan lager zijn dan het tarief van de zorgverlener in het buitenland. Bijvoorbeeld als je zorg krijgt in een privékliniek in plaats van in een staatsinstelling, of omdat simpelweg de zorg in dat land duurder is dan in Nederland. Sluit daarom tijdig (per 1 januari) een aanvullende verzekering af waarin dat (deels) is verzekerd, of zorg voor een reisverzekering die de vergoeding aanvult.

Daarnaast heeft Nederland met een aantal landen afgesproken dat zij elkaars verzekerden helpen als die zorg nodig hebben. In deze zogenaamde verdragslanden heb je recht op medische zorg uit het basispakket van dat land. Kijk voor meer informatie op: www.hetcak.nl.

Kosten van repatriëring krijg je alleen vanuit een aantal aanvullende verzekeringen of een reisverzekering vergoed. De basisverzekering vergoedt deze kosten niet.

Ga je voor langere tijd naar het buitenland, bijvoorbeeld in verband met een wereldreis? Dan ligt het aan de lengte van je reis of jij je zorgverzekering kunt behouden. Voor reizen korter dan 1 jaar blijf je verzekerd onder de Nederlandse Zorgverzekeringswet en kun jij je zorgverzekering behouden.

Ga je in het buitenland werken? Dan dien je in dat land een zorgverzekering af te sluiten en vervalt je Nederlandse zorgverzekering.

Onze dienstverlening

We leven in een wereld waarin veel instanties, zoals banken en verzekeraars, bezuinigen op de personeelskosten, met als gevolg dat de dienstverlening voor haar klanten steeds verder wordt versoberd. Klanten krijgen mede hierdoor steeds minder de mogelijkheid, of moeten daar steeds meer moeite voor doen, om persoonlijk contact met de medewerker van de betreffende instantie te krijgen. Mensen voelen zich geen klant meer, maar een nummer.... Dat druist in tegen de principes waarop wij onze dienstverlening invullen. We hechten veel waarde aan de contacten met onze klanten. Daarin zullen we blijven investeren en ons proberen te onderscheiden in de markt. De dienstverlening aan, de behoefte van en de bereikbaarheid voor onze klanten staan daarin centraal. We merken dagelijks van onze klanten dat dit erg op prijs wordt gesteld.

Klanten kunnen op een laagdrempelige wijze contact met ons opnemen. Wij zijn op werkdagen bereikbaar per telefoon, per e-mail, via de chat of loop binnen in ons kantoor.

Klanten kunnen bij onze afdeling Zorg onder meer terecht voor:

- Informatieverstrekking over polisvoorwaarden en premies;
- Verwerking van aanmeldingen / wijzigingen en advies aan bestaande klanten;
- Vrijblijvende en onafhankelijke advisering;
- Vergelijking van polissen;
- Vragen over bemiddeling in geval van (afgewezen) declaraties en facturen;
- Garantieverklaringen bij grensoverschrijdende zorg;
- Wachtlijst- en zorgbemiddeling;
- Melding van klachten, waarbij ons doel is om deze snel en rechtvaardig op te lossen.

Voordelen op een rij

- Team van deskundige medewerkers die graag ontzorgen;
- Eerste aanspreekpunt voor zzp'er, werkgever, (gepensioneerde) werknemer en de gezinsleden;
- Onafhankelijk en vrijblijvend maatwerkadvies;
- Gespecialiseerd in grensoverschrijdende zorg;
- Vraagbaak voor grensarbeiders en hun zorgverzekering in Nederland;
- Aanbod van een unieke dekking in België en Duitsland;
- Scherpe tarieven door collectiviteitsafspraken met zorgverzekeraars;
- Periodiek overleg met zorgverzekeraars over premie/voorwaarden/werkprocessen/klachten e.d.;
- Communicatie naar werkgevers t.b.v. personeel inzake premies/voorwaarden;
- Jaarlijks georganiseerde informatieavonden voor verzekerden;
- Mogelijkheden voor het aanbieden van een gezondheidsprogramma.

Heb je een klacht?

Klacht over de dienstverlening van jouw zorgverzekeraar?

Als je het niet eens bent met een beslissing van je zorgverzekeraar, dan kun je aan jouw zorgverzekeraar vragen de beslissing opnieuw te beoordelen. Als je dit hebt gedaan en het daarna nog steeds niet eens bent met de beslissing van je zorgverzekeraar dan kun je je klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en kiezen voor twee mogelijkheden:

- Bemiddeling door de Ombudsman zorgverzekeringen;
- Beoordeling bij de geschillencommissie van SKGZ.

Voor meer informatie verwijzen wij je naar de website van Zorginstituut Nederland (www.zorginstituutnederland.nl).

Klacht over de dienstverlening van Witte-Boussen?

Mocht er zich onverhoopt een ongewenste situatie voordoen die uitmondt in een klacht, dan kan deze ter attentie van de directie van Witte-Boussen worden ingezonden. Mocht je klacht niet naar tevredenheid worden opgelost, dan kun je je wenden tot het onafhankelijke Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (KiFiD), waarbij wij zijn aangesloten.

Het adres van het KiFiD is:

Klachteninstituut Financiële Dienstverlening
Postbus 93257, 2509 AG Den Haag
Telefoon: 0900 355 2248 (€ 0,10 per minuut)
Website: www.kifid.nl



Wil je je verzekering veranderen? Laat het ons weten!

Er kan van alles in een mensenleven veranderen. Vaak vragen zulke veranderingen ook een aanpassing van je zorgverzekering. Misschien wil je een ruimere dekking, of juist beperkter, of je eigen risico aanpassen. Voor advies kun je bij ons terecht.

Wijzigingen in zorgverzekering gaan altijd in per 1 januari. Op 31 december moeten wijzigingen in de basisverzekering, hoogte van het vrijwillig gekozen eigen risico of het stopzetten van de (aanvullende) verzekering bij jouw zorgverzekeraar bekend zijn. Wanneer wijzigingen in je aanvullende verzekering bij jouw zorgverzekeraar bekend moeten zijn, hangt van de verzekeraar af. Vaak is dat ook uiterlijk op 31 december, maar soms kan dat tot 1 februari.

Voor een klein aantal (tandarts-)verzekeringen geldt medische selectie.

Een deel van onze dienstverlening is het achteraf controleren van de polis. Wij kunnen dat alleen doen als je de wijziging aan ons doorgeeft. Wij houden in dat geval in de gaten dat jouw zorgverzekeraar het tijdig en correct uitvoert. Tegenwoordig kun je zelf veel wijzigingen digitaal via de 'Mijn-omgeving' bij jouw zorgverzekeraar melden.

Geef ook alle overige aanpassingen, zoals een verhuizing, wijziging bankrekeningnummer of gezinssamenstelling (bijvoorbeeld i.v.m. een sterfgeval, geboorte of verhuizing van een gezinslid) tijdig door aan ons.

Wijzigingen kun je per e-mail sturen naar zorg@witteboussen.nl of per post, t.a.v. de afdeling Zorg. Vermeld in je correspondentie altijd je polisnummer en de naam van jouw zorgverzekeraar. Als je de geboorte van een kind, een adreswijziging, of een sterfgeval wilt doorgeven, kun je het eventueel ook telefonisch doen.

TIP:

Gaat jouw kind studeren in een andere stad? Let er dan op dat hij of zij zich daar inschrijft bij een nieuwe huisarts. Staat jouw kind nog ingeschreven bij de oude huisarts? Dan rekent een huisarts in de nieuwe woonplaats een passantentarief. Dit tarief wordt vaak niet vergoed. Is jouw studerend kind ingeschreven bij een huisarts in de nieuwe woonplaats en gaat hij of zij naar de oude huisarts, dan wordt het wel vergoed.

Keuze uit diverse zorgverzekeraars

Wij zijn een onafhankelijk tussenpersoon, dat wil zeggen dat wij zelf bepalen met welke zorgverzekeraar wij zaken willen doen.

Momenteel bieden wij zorgverzekeringen aan van:

- Aevitae/EUCARE
- CZ
- Zilveren Kruis Achmea
- ONVZ
- Stad Holland
- Nationale Nederlanden Zorg
- De Amersfoortse



Stichting BGZC: collectieve voordelen voor werkgever en werknemer

Witte-Boussen is het aanspreekpunt als intermediair voor Stichting BGZC, waarbij zij de belangen behartigt van de aangesloten bedrijven, diens (gepensioneerde) medewerkers en verzekerde gezinsleden. Witte-Boussen is dan ook het eerste aanspreekpunt waar je terecht kunt met al je vragen!

Ons kantoor is door Stichting BGZC aangesteld als intermediair voor haar leden. Dat zijn zzp'ers, werkgevers, (gepensioneerde) werknemers en de gezinsleden. De afkorting BGZC staat voor Belangenbehartiging Grensoverschrijdend Zorg Collectief.

Door clustering van meer dan 500 aangesloten bedrijven (waaronder ± 200 zzp'ers) is de Stichting BGZC inmiddels uitgegroeid tot een ware inkoopcombinatie, waarbij door het volume scherpe tarieven kunnen worden bedongen. Niet alleen op het gebied van zorgverzekeringen, maar ook voor inkomens- en schadeverzekeringen.

Hierdoor zijn vele voordelen bedongen bij twee zorgverzekeraars, Aevitae/EUCARE en CZ, op het gebied van hoge kortingen op basis- en aanvullende verzekeringen, maar ook op het gebied van grensoverschrijdende zorg.

Stichting BGZC is opgericht met als doel het clusteren van werkgeverscollectiviteiten. Daarmee wordt het o.a. mogelijk om gerichte afspraken te maken op het gebied van verzuimpreventie, duurzame inzetbaarheid en een gezondere lifestyle van de werknemers, denk daarbij aan beweeg-, voedings-, en stoppen-met-rokenprogramma's.

Wil jij hier meer over weten? Kijk dan op www.bgzc.nl of neem vrijblijvend contact met ons op.



Individueel verzekerden

Heb je geen mogelijkheid om een collectieve zorgverzekering af te sluiten via een werkgever en ben je ook geen zelfstandig ondernemer? Dan kun je via ons bij enkele zorgverzekeraars toch in aanmerking komen voor kortingen. Individueel verzekerden kunnen online via onze website bij de volgende zorgverzekeraars direct een zorgverzekering afsluiten:

- Aevitae
- CZ
- ONVZ
- Stad Holland

Kijk daarvoor op www.witteboussen.nl/zorgverzekeringen/individueel. Wens je vooraf advies? Neem dan contact op met onze afdeling Zorg.



Neem gerust contact met ons op



Zeker, Witte-Boussen

Witte-Boussen Assurantiën B.V.
Mr. F.J. Haarmanweg 16
Postbus 201
4530 AE TERNEUZEN
Telefoon: 0115 61 83 44
Telefoon vanuit het buitenland: +31 115 61 83 44
E-mail: zorg@witteboussen.nl

Vragen? Stel ze online via de chatfunctie op www.witteboussen.nl