

ZORGVERZEKERINGEN 2021



In deze brochure leest u meer over:

Wie zijn wij?	3
Even voorstellen: onze afdeling Zorg	3
De zorgverzekering	4
Basisverzekering	4
Heeft u klachten?	5
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
Wilt u uw verzekering veranderen?	10
Keuze uit diverse zorgverzekeraars	10
Stichting BGZC: collectieve voordelen voor werkgever en werknemers	11
Individueel verzekerden	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

Online:

U kunt uw vraag ook stellen 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 veelevoudigd 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 een onafhankelijk assurantiekantoor. Onze activiteiten zijn toegespitst op het gebied van verzekeringen, hypotheeken en pensioenen t.b.v. zowel particuliere als bedrijfsmatige relaties.

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 medewerkers.

Wij bieden zekerheid aan klanten door te ondersteunen bij het waarborgen van financiële continuïteit en streven ernaar hét aanspreekpunt voor onze klanten te zijn.

Even voorstellen: onze afdeling Zorg

Onze afdeling Zorg is gespecialiseerd in het vergelijken, adviseren over en onderhouden van zorgverzekeringen. Onze klanten zijn zzp'ers, werkgevers, (gepensioneerde) werknemers en de gezinsleden. Ook personen die geen zorgverzekering via een werkgever kunnen afsluiten kunnen bij ons terecht voor een zorg-op-maat advies. Op de afdeling Zorg zijn enthousiaste, professionele en klantgerichte medewerkers werkzaam. Zij beschikken over actuele kennis, waarbij zij de daarvoor benodigde diploma's up-to-date houden.



De zorgverzekering

Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht een basisverzekering (zgn. 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. U bent echter niet verplicht om die af te sluiten. Jaarlijks, op 1 januari, heeft u de mogelijkheid om te kiezen voor een andere zorgverzekeraar. U dient de zorgverzekering bij uw huidige zorgverzekeraar vóór 1 januari te hebben opgezegd en kunt tot 1 februari kiezen voor een andere zorgverzekeraar. In dat geval gaat uw nieuwe zorgverzekering alsnog per 1 januari in. Ook kunt u bij dezelfde zorgverzekeraar blijven, maar een wijziging in uw basis- en/of aanvullende verzekeringen wensen; per zorgverzekeraar kan de datum waarop u dat uiterlijk kunt aangeven 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 kunt u in samenspraak met één van onze medewerkers bekijken of er iets aangepast moet worden in de dekking voor het komende jaar of dat u wellicht beter kunt overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Basisverzekering

De basisverzekering dekt de standaard zorg 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 u woont of werkt in Nederland.
- Het basispakket is bepaald door de overheid. De inhoud kan jaarlijks veranderen.
- U heeft keuzevrijheid bij welke zorgverzekeraar u een basisverzekering afsluit.
- Een zorgverzekeraar dient u altijd te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht uw 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:** U heeft recht op een kostprijsvergoeding tot maximaal het marktconforme tarief dat in Nederland gebruikelijk is. Of u naar een door uw zorgverzekeraar gecontracteerd zorgverlener gaat of niet, maakt niet uit. U heeft 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 er voor 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 zgn. budgetpolissen op de zorgverzekeringsmarkt aangeboden; dat zijn naturapolissen waarbij bijvoorbeeld slechts een beperkt aantal ziekenhuizen gecontracteerd is. Gaat u naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis, dan vergoedt uw zorgverzekeraar niet alles. Een budgetpolis is goedkoper dan een reguliere naturapolis. Wij bieden deze variant wel aan, maar adviseren u goed na te denken over evt. financiële gevolgen, mocht u hiervoor kiezen.

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

Heeft u klachten?

Klacht over de dienstverlening van uw zorgverzekeraar?

Als u het niet eens bent met een beslissing van uw zorgverzekeraar, dan kunt u aan uw zorgverzekeraar vragen de beslissing opnieuw te beoordelen. Als u dit heeft gedaan en het daarna nog steeds niet eens bent met de beslissing van uw zorgverzekeraar dan kunt u uw 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 u naar de [website van Zorginstituut Nederland](https://www.kifid.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 uw klacht niet naar tevredenheid worden opgelost, dan kunt u zich 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



De meerwaarde van een aanvullende verzekering

Niet alle zorg zit in het basispakket. U 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 u een uitgebreidere dekking wenst als u tijdelijk in het buitenland verblijft. U 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 u voor deze, meestal uitgebreide aanvullende (tandarts-)verzekering, weigeren. Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Het eigen risico

Als u medische kosten maakt, geldt er voor de basisverzekering een wettelijk verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico is € 385,-. Dit betekent dat u in 2021 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt.

Verwacht u veel zorgkosten te maken en uw verplicht eigen risico volledig te gebruiken? Dan is het fijn om te weten dat u dit in termijnen kunt betalen. Dan weet u precies waar u aan toe bent en hoeft u het bedrag van het ingehouden verplicht eigen risico niet in 1 keer volledig te betalen. Vraag het betalen in termijnen uiterlijk 31 januari bij uw zorgverzekeraar aan. Het verplicht eigen risico wordt dan in 10 gelijke delen van uw rekening afgeschreven. Kijk voor meer informatie op de website van uw zorgverzekeraar.

Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar, dan kan het zijn dat de nieuwe zorgverzekeraar het 1ste jaar de mogelijkheid tot termijnbetaling niet aanbiedt, maar wel de mogelijkheid geeft om een betalingsregeling met u af te spreken als u het terug te betalen eigen risico niet in één keer kunt terugbetalen.

Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico. Er geldt geen eigen risico voor bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts, voor verloskunde, kraamzorg, wijkverpleging, diverse stoppen-met-roken programma's, gecombineerde leefstijlinterventies en vergoedingen uit de aanvullende (tandarts)verzekeringen.

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

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

U kunt jaarlijks per 1 januari de hoogte van uw vrijwillig eigen risico aanpassen. Uw verzoek moet dan wel uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar door uw zorgverzekeraar ontvangen zijn.



Grensoverschrijdende zorg

Onze klanten wonen voor een groot deel in de grensstreek met België. Veel klanten gaan voor m.n. 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 beslist u zelf wat het beste bij u 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. Ze 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 zgn. 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 meeverzekerd 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

registeren 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 evt. 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 zg. verdragsbijdrage te betalen. Het CAK int deze premies.

Woont u in België en ontvangt u een uitkering of pensioen uit Nederland én heeft u verder geen andere inkomsten in België uit actieve arbeid? Dan kunt u in Nederland geen zorgverzekering afsluiten. Dan moet u zich, zoals dat wel wordt genoemd 'ten laste van Nederland' in België verzekeren. Schrijft u zich hiervoor in bij een Belgische mutualiteit naar keuze met een document S1 (voorheen E-formulier 121). Dit formulier kunt u aanvragen bij het CAK. Meer informatie vindt u op www.hetcak.nl.

Grensarbeiders: werken in België, wonen in Nederland

Indien u in Nederland woont, maar in België werkt, bent u verplicht verzekerd in België. U kunt dan geen reguliere zorgverzekering afsluiten in Nederland.

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

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

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

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



Opname in een Belgisch ziekenhuis

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

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

Zorgkosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland

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

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

Heeft u nog geen Europese zorgverzekeringskaart? Vraag deze kaart dan tijdig aan bij uw zorgverzekeraar.

Maakt u in het buitenland kosten voor medische zorg? Dan kunt u mogelijk een vergoeding krijgen op grond van uw zorgverzekeringspolis. Het gaat dan om zorg die niet kan wachten tot u 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 u 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 zgn. verdragslanden heeft u recht op medische zorg uit het basispakket van dat land. Kijk voor meer informatie op: www.hetcak.nl.

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

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

Gaat u in het buitenland werken? Dan dient u in dat land een zorgverzekering af te sluiten en vervalt uw 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 of via de chat.

Klanten kunnen bij de 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;
- Informatieverstrekking bij het bereiken van 18-jarige leeftijd van kinderen;
- Bemiddeling in geval van (afgewezen) declaraties;
- Garantieverklaringen bij grensoverschrijdende zorg;
- Wachtlijst- en zorgbemiddeling;
- Melding van klachten met als doel 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 aan in België en Duitsland;
- Scherpe tarieven door collectiviteitsafspraken met zorgverzekeraars;
- Periodiek overleg met zorgverzekeraars over premie/voorwaarden/werkprocessen/klachten e.d.;
- Voor grotere bedrijven gratis verstrekking van een webportaal voor haar werknemers;
- Communicatie naar werkgevers t.b.v. personeel inzake premies/voorwaarden;
- Mogelijkheden tot uitleg over werkgeverscollectiviteit voor personeel op locatie;
- Premietabellen en aanvraagformulieren op maat per werkgeverscollectiviteit;
- Jaarlijks georganiseerde informatieavonden voor verzekerden;
- Mogelijkheden voor het aanbieden van een gezondheidsprogramma;
- Organiseren van Stoppen-met-roken programma's.





Wilt u uw verzekering veranderen? Laat het ons weten!

Er kan van alles in een mensenleven veranderen. Vaak vragen zulke veranderingen ook een aanpassing van uw zorgverzekering. Misschien wilt u een ruimere dekking, of juist beperkter, of uw eigen risico aanpassen. Voor advies kunt u 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 uw zorgverzekeraar bekend zijn. Wanneer wijzigingen in uw aanvullende verzekering bij uw 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 u de wijziging aan ons doorgeeft. Wij houden in dat geval in de gaten dat uw zorgverzekeraar het tijdig en correct uitvoert. Tegenwoordig kunt u zelf veel wijzigingen digitaal via de 'Mijn-omgeving' bij uw 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 kunt u per e-mail sturen naar zorg@witteboussen.nl of per post, t.a.v. de afdeling Zorg. Vermeld in uw correspondentie altijd uw polisnummer en de naam van uw zorgverzekeraar. Als u de geboorte van een kind, een adreswijziging, of een sterfgeval wilt doorgeven, kunt u het eventueel ook telefonisch doen.

TIP:

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

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.

Wenst u hier meer over te weten? Kijk dan op www.bgzc.nl of neem vrijblijvend contact met ons op.



Individueel verzekerden

Heeft u geen mogelijkheid om een collectieve zorgverzekering af te sluiten via een werkgever en bent u ook geen zelfstandig ondernemer? Dan kunt u 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.wittebousen.nl/zorgverzekeringen/individueel. Wenst u vooraf advies? Neem dan contact op met onze afdeling Zorg.



Onze contactgegevens



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

Online:
U kunt uw vraag ook stellen via de chatfunctie op www.witteboussen.nl