



Zeker,
Witte-Boussen

GRON

Collectieve Zorgverzekeringen 2026

Voor werknemers

In deze brochure lees je meer over:

Wij zijn Witte-Boussen	3
De zorgverzekering	4
De basisverzekering	4
De meerwaarde van een aanvullende verzekering	5
Het eigen risico	6
Zorg in jouw grensregio	7
Grensarbeiders & verdragsgerechtigden	7
Opname in een Belgisch ziekenhuis	9
Zorgkosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland	10
Wil je je zorgverzekering veranderen?	11
Collectieve voordelen voor werkgevers en werknemers	11
Keuze uit diverse zorgverzekeraars	12
Individueel verzekerden	12
Onze dienstverlening	13
Heb je een klacht?	14
Onze contactgegevens	15



Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Mr. F.J. Haarmanweg 16
Postbus 201
4530 AE TERNEUZEN
0115 - 61 83 44
+31 115 61 83 44 (vanuit het buitenland)
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 vervaelvoudigd 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.

Versie 2025-11

Wij zijn Witte-Boussen, een onafhankelijk assurantiekantoor. Wij adviseren en bemiddelen in verzekeringen, vastgoed, pensioenen en hypotheeken. 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.

Witte-Boussen is het aanspreekpunt voor zorgverzekeringen, waarbij de belangen worden behartigd van de aangesloten bedrijven, diens (gepensioneerde) medewerkers en verzekerde gezinsleden. Wij zijn dan ook het eerste aanspreekpunt waar je terecht kan met al je vragen!

“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.”



Joyce Witte
Adjunct 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, tussen 12 november en 1 januari, heb je de mogelijkheid om te kiezen voor een andere zorgverzekeraar. Je zorgverzekering bij je huidige zorgverzekeraar dient vóór 1 januari te worden opgezegd en dan kunt tot 1 februari kiezen voor een andere zorgverzekeraar. In dat geval gaat je nieuwe zorgverzekering alsnog per 1 januari in.

Het verstandigst is echter, als je wenst over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, vóór 1 januari de (digitale) aanvraag te hebben verstuurd naar je nieuwe zorgverzekeraar, waarna deze voor tijdige opzegging van je huidige zorgverzekering zal zorgdragen (Opzegservice). 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.

De 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;
- Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Zij moeten zorgen dat iedereen op tijd en binnen redelijke afstand de zorg krijgt die nodig is.



Er zijn diverse 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 daardoor meer keuzevrijheid. De restitutiepolis is mede daarom iets duurder. In 2026 is er geen zorgverzekeraar die deze variant aanbiedt.

Combinatiepolis

Zorgverzekeraars bieden ook een gecombineerde restitutie- en naturapolis aan. De zogenaamde combinatiepolis, ook wel gemengde polis genoemd. In deze variant wordt deels vergoed volgens de restitutiepolis voorwaarden en deels op basis van naturapolis voorwaarden. In veel gevallen wordt als er sprake is van niet-gecontracteerde zorg tot maximaal het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed, met uitzondering van GGZ en wijkverpleging; dan wordt een percentage vergoed. De premie is hoger dan bij de naturapolissen, omdat de vergoedingsmogelijkheden beter zijn.

Naturapolis

Bij een naturapolis is het de bedoeling dat een verzekerde naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft. 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 lager dan de combinatie- of 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 adviseren deze variant alleen af te sluiten als je vooraf goed hebt onderzocht of dat in je omgeving voldoende gecontracteerde zorg aanwezig is!

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 (meestal uitgebreide tandarts-)verzekeringen geldt medische selectie. De zorgverzekeraar stelt je verschillende medische vragen en kan je op basis daarvan voor de aangevraagde aanvullende verzekering, weigeren. Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Klant aan het woord

Tijdens mijn vakantie in het buitenland werd ik plots overvallen door een stekende pijn in mijn buik. De pijn werd erger en op den duur ondragelijk. Uiteindelijk werd duidelijk dat het om een acute blindedarmontsteking ging. Om buikvliesontsteking te voorkomen kon een behandeling niet wachten. Gelukkig heb ik een aanvullende verzekering en werden de kosten vergoed. Had ik alleen een basisverzekering dan was er maar vergoeding tot 100% van het Nederlands tarief.
-Mark, 48 jaar.

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 2026 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt, daarop zijn enkele uitzonderingen*.

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 of neem hiervoor contact met ons op.

Declaraties met betrekking tot het basispakket verreken je met jouw zorgverzekeraar meestal eerst met het verplicht eigen risico. Pas daarna met het 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.



*In geval van onderstaande zorgkosten wordt er bijvoorbeeld geen eigen risico in mindering gebracht.

- 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 voorgeschreven geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, ziekenvervoer en kraamzorg; **let op:** voor kraamzorg geldt 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;
- Stoppen met roken programma's ; de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)
- Alle zorg die wordt vergoed vanuit je aanvullende(tandarts-)verzekering.

Zorg in jouw grensregio

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 restitutie- of combinatiepolis, bij voorkeur in combinatie met een aanvullende verzekering. Uiteraard beslis je zelf wat het beste bij jou past.

Grensarbeiders & verdragsgerechtigden

Grensarbeiders: wonen in België, werken in Nederland

Werknemers die in België wonen en uitsluitend in Nederland werken worden ook wel grensarbeiders genoemd. Grensarbeiders die in Nederland sociaal verzekerd zijn voor de WLZ (Wet Langdurige Zorg), moeten zich verzekeren bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Ze kunnen gebruikmaken van de zorg in Nederland, maar ook van zorg in België. De Nederlandse zorgverzekeraar zorgt voor een verdragsformulier S1, zodat de grensarbeider zich voor zorg kan inschrijven in het land waar hij of zij woont. In België is dit bij een ziekenfonds (mutualiteit) of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

Grensarbeiders: meeverzekerde gezinsleden woonachtig in België

Gezinsleden van de grensarbeider die geen inkomen in Nederland hebben, kunnen geen zorgverzekering afsluiten in Nederland. Het Belgische ziekenfonds of de HZIV beoordeelt welke gezinsleden meeverzekerd zijn. Vaak zijn dat gezinsleden zonder inkomsten in het woonland. De grensarbeider en de na beoordeling door het Belgische ziekenfonds, of HZIV meeverzekerde gezinsleden hebben recht op medische zorg in België én in Nederland. De verzekerde grensarbeider heeft in Nederland recht op de vergoedingen uit het Nederlandse basispakket en op WLZ-zorg; zowel in Nederland, als België. De ten laste van Nederland meeverzekerde gezinsleden hebben in Nederland recht op de zorg uit het Nederlandse basispakket en in België volgens het Belgische ziekenfondspakket. Zijn er gezinsleden van 18 jaar en ouder, dan moeten die de zogenaamde nominale premie betalen. Dit is vergelijkbaar met de Nederlandse basispremie. Deze meeverzekerde kinderen hebben zelfstandig ongeacht het inkomen van de ouders, recht op Nederlandse zorgtoeslag.



Grensarbeiders: wonen in Nederland en werken in België

Als je uitsluitend in België werkt; ben je in België sociaal verzekerd. Je bent dan ook verzekerd tegen ziektekosten in België. Je sluit een ziekenfondsverzekering af bij een Belgisch ziekenfonds of de HZIV. Met het formulier S1 van het ziekenfonds of de HZIV schrijf je je in bij zorgverzekeraar CZ voor een Verdragspolis en heb je recht op zorg in Nederland en België. Je betaalt geen premie voor de Nederlandse basisverzekering, maar eventueel wel voor een aanvullende verzekering bij CZ. In België betaal je over je loon ziekenfondspremie en aan het ziekenfonds, lidgeld. In België kent men ook de hospitalisatieverzekering. Deze wordt vaak ook kosteloos verstrekt door je Belgische werkgever, maar kan ook zonder tussenkomst van een werkgever worden aangevraagd. Deze aanvullende verzekering dekt (grotendeels) de kosten van de hogere te betalen bedragen voor eigen bijdragen (ook wel remgelden genoemd) in België. Als je partner, ook woonachtig in Nederland, niet zelf verzekerd is op grond van inkomsten of een sociale verzekeringsuitkering vanuit Nederland, is de partner en/of kinderen (jonger dan 18 jaar), ook ten laste van België verzekerd. Voor de partner en deze kinderen betaal je dan geen Nederlandse basispremie aan CZ. Het gezin heeft dan recht op medische zorg in zowel Nederland, als België. Voor kinderen vanaf 18 jaar geldt dat zij zelfstandig in Nederland verzekerd zijn. Zij moeten een basisverzekering afsluiten en kunnen recht hebben op de Nederlandse zorgtoeslag.

Verdragsgerechtigden ten laste van Nederland

Woon je in België of ander EU-land en heb je geen inkomen uit arbeid in Nederland of uw woonland, maar ontvang je uitsluitend een Nederlandse wettelijke sociale verzekeringsuitkering of een inkomen wat hiermee gelijkgesteld is, zoals een AOW-pensioen, Anw-uitkering of WIA/WAO-uitkering? Dan ben je "ten laste van Nederland verzekerd", ook wel: "verdragsgerechtigde" genoemd.

Klant aan het woord

Voor een speciale oogoperatie word ik als Zeeuws-Vlaming al snel doorverwezen naar Rotterdam. Voor mij en mijn familie is dit een behoorlijke afstand om te overbruggen. Dit terwijl er vlak over de grens een ruim aanbod van specialistische zorg is. Mijn werkgever informeerde mij dat hij een collectieve zorgverzekering met het Grensregio Pakket heeft afgesloten via Blend en ik daaraan kan deelnemen. Hierdoor heb ik vrije keuze voor planbare zorg in België binnen een straal van 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens.

Als de zorg duurder is dan in Nederland, dan geldt zelfs een vergoeding tegen kostprijs. In de overige delen van België heb ik recht op een vergoeding tot maximaal 2 keer Nederlands tarief.

- Mirjam, 62 jaar.

Dit betekent dat je bij www.hetcak.nl het formulier S1 (ook wel formulier 121) moet aanvragen. Hiermee schrijf je jezelf in bij je Belgisch ziekenfonds of als je in een ander EU-land woont bij je buitenlandse ziektekostenverzekeringsinstantie. Je hebt recht op medische zorg in België of ander EU-woonland én in Nederland. Je betaalt aan het CAK (via inhouding op je Nederlandse sociale verzekeringsuitkering) de zogenaamde CAK-Verdragsbijdragen. Deze bestaat uit een nominale bijdrage en een inkomensafhankelijke bijdrage. Je hebt, als je aan alle voorwaarden voldoet, ook recht op Nederlandse Zorgtoeslag.

Spoedeisende zorg buiten Nederland en België

voor grensarbeiders en verdragsgerechtigden

In het hoofdstuk 'Buitenland' staat uitleg wat voor dekking de Nederlandse basisverzekering biedt in het buitenland en welke mogelijkheden er zijn om je extra te verzekeren. Voor grensarbeiders geldt dat in geval van spoedeisende hulp buiten Nederland en België de afrekening dient te worden ingediend bij de Nederlandse zorgverzekeraar, dus niet naar de Belgische mutualiteit of de HZIV. Het restant (boven de in Nederland geldende tarieven) wordt eventueel vergoed vanuit de aanvullende verzekering, of reisverzekering.

Verdragsgerechtigden die ten laste van Nederland verzekerd zijn bij het CAK moeten de declaratie van spoedeisende hulp, gebruikt in een ander land dan het woonland en Nederland, in eerste instantie declareren bij het CAK. Het restant van de niet vergoedde medische zorg kan eventueel ingediend worden bij een reisverzekeraar in het woonland.

Opname in een Belgisch ziekenhuis

Als er sprake is van een medische reden kan het ziekenhuis je op een eenpersoonskamer plaatsen. De extra kosten zal een door de zorgverzekeraar gecontracteerd 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 of bekijk deze in je Mijn-omgeving. 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 duur 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.

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.

Wil je je zorgverzekering 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 enkele uitgebreide tandartsverzekeringen geldt medische selectie. 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.

Als het niet mogelijk is voor je om de wijzigingen online via de 'Mijn-omgeving' van je zorgverzekeraar te regelen, dan kun je deze op onderstaande manieren aan ons doorgeven.

- Per e-mail naar zorg@witteboussen.nl;
- Per post t.a.v. Team Zorg.

Vermeld in je correspondentie altijd je polisnummer en de naam van de jouw zorgverzekeraar. Als je de geboorte van een kind, een adreswijziging, of een sterfgeval wilt doorgeven, kun je het eventueel ook telefonisch doen.

Collectieve voordelen voor werkgever en werknemer

Witte-Boussen is het aanspreekpunt voor (collectieve) zorgverzekeringen, waarbij we samen met zorgverleners, verzekeraars, bedrijven en experts in binnen- en buitenland de grenzen van zorg verleggen. Wij bieden zorgcollectiviteiten aan van Aevitae (waar wij ons eigen label Blend hebben), CZ, Zilveren Kruis en ONVZ.

Daarnaast is ons kantoor door Stichting BGZC aangesteld als tussenpersoon voor hun leden. Hiertoe behoren zzp'ers, werkgevers, (gepensioneerde) werknemers en hun gezinsleden. Kijk voor meer informatie op www.bgzc.nl.



Door het verenigen van meer dan 500 aangesloten bedrijven (waaronder ± 200 zzp'ers) kunnen, mede vanwege dit volume, scherpe tarieven en goede collectieve aanvullende voorwaarden worden aangeboden. Daarbij is de laagdrempelige keuzemogelijkheid om voor zorg de grens over te gaan voor met name verzekerden in de grensregio's een belangrijk speerpunt.

De stichting biedt ons eigen label Blend en zorgverzekeraar CZ aan. Door bundeling van werkgeverscollectiviteiten is het bovendien mogelijk om gerichte afspraken te maken op het gebied van verzuimpreventie, duurzame inzetbaarheid en een gezondere levensstijl van werknemers. Denk daarbij aan beweeg-, voedings-, en stoppen-met-rokenprogramma's. Niet alleen op het gebied van collectieve zorgverzekeringen, maar ook voor inkomens- en schadeverzekeringen biedt de stichting oplossingen.

Kijk voor meer informatie op www.witteboussen.nl of neem vrijblijvend contact met ons op.

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 en collectiviteiten aan van:

- Blend
- CZ
- ONVZ
- Zilveren Kruis



Individueel verzekeren

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 verzekeren kunnen online via onze website bij de volgende zorgverzekeraars direct een zorgverzekering afsluiten:

- Blend
- CZ
- ONVZ
- Stad Holland

Kijk daarvoor op www.witteboussen.nl/particulier/zorgverzekering. Wens je vooraf advies? Neem dan contact op met ons Team Zorg.





Klanten kunnen bij Team 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;
- Hulp bij het verkrijgen van garantieverklaringen bij zorg in de grensregio;
- Grip op verzuim, waaronder wachtlijstbemiddeling;
- Behandeling 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, (gepensioneerde) werknemer en de gezinsleden;
- Onafhankelijk en vrijblijvend maatwerkadvies;
- Wij zijn regionaal betrokken;
- Gespecialiseerd in zorg in de grensregio;
- 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.;
- Aanbod van preventie en gezondheid in bepaalde aanvullende verzekeringen.

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 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 met of zonder afspraak binnen in ons kantoor.

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 klachtencoördinator 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.



Neem gerust contact op met een van onze adviseurs of consulenten

Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Bezoekadres

Mr. F.J. Haarmanweg 16
4538 AR TERNEUZEN
Geopend ma - vr van 08:30 - 17:00 uur

Correspondentieadres

Postbus 201
4530 AE TERNEUZEN

Telefoon

0115 - 61 83 44
+31 115 61 83 44 (vanuit het buitenland)

E-mail

zorg@witteboussen.nl

Website

Stel je vragen online via de chatfunctie op www.witteboussen.nl



Marcel Capello
Adviseur Zorg



Marie-Claire Doolaard-Deij
Adviseur Zorg



Ariena Schouwenaar-Benink
Consulent Zorg



Heleen Notebaart-Verkruisje
Consulent Zorg



Jeannine Everaard
Consulent Zorg



Linda Erkelens-Buis
Consulent Zorg

Wij zijn Witte-Boussen

Als specialist in de regio adviseren en bemiddelen wij in verzekeringen, pensioenen, hypotheeken en vastgoed. Uw zekerheid onze zorg. Mogen wij eens kennismaken?



Verzekeringen

Schade-, Inkomens- en Zorgverzekeringen op maat, zowel bedrijfsmatig als particulier.



Risicomanagement

Identificeren, beheersen en beperken van bedrijfsrisico's om de continuïteit van uw onderneming te waarborgen.



Vastgoed

Bemiddeling in aan- en verkoop van onroerend goed zowel bedrijfsmatig als particulier.



VvE beheer

Wij verzorgen het financieel, administratief, secretarieel en technisch beheer van uw VvE.



Employee Benefits

Persoonlijk en op maat samengesteld advies inzake arbeidsvoorwaarden.



Pensioen

Advies op het gebied van collectieve en DGA pensioenvoorzieningen.



Projectontwikkeling

Lafoma B.V. is gespecialiseerd in projectontwikkeling en turn-key projecten.

 0115 - 61 83 44

 info@witteboussen.nl

 www.witteboussen.nl

Mr. F.J. Haarmanweg 16
4538 AR Terneuzen

maandag t/m vrijdag
08:30 uur - 17:00 uur

