

Aanvullende informatie voor arbeidsmigranten/grensarbeiders 2025

Deze informatie is uitgegeven door tussenpersoon Witte-Boussen Assurantiën B.V. en geldt als aanvulling op onze brochure 'Collectieve Zorgverzekeringen voor werknemers' (verder genoemd: brochure). Deze brochure is terug te vinden op onze website.

Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld?

Iedereen die in Nederland woont of werkt, uitzonderingen daargelaten, is verplicht om een verzekering voor medische zorg af te sluiten (de basisverzekering). De Rijksoverheid bepaalt wat er in de basisverzekering zit. Dat is medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft. Zorgverzekeraars bepalen zelf wat in hun aanvullende verzekeringen zit.

Verplichte basisverzekering

De basisverzekering dekt de meest noodzakelijke zorg (zie verder). Voor de meeste zorg uit de basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. Er kunnen daarnaast soms ook nog eigen bijdragen van toepassing zijn.

De basisverzekering is meestal verplicht als je in Nederland woont of (alleen) inkomen hebt in Nederland. Ook voor de partner en kinderen die in Nederland wonen geldt deze zogenaamde verzekeringsplicht, tenzij deze personen inkomsten uit het buitenland hebben. Bij twijfel kan bij de SVB een beoordeling worden aangevraagd. De inhoud van de basisverzekering wordt jaarlijks bepaald door de overheid, die ook de hoogte van het verplichte eigen risico vaststelt. Een zorgverzekeraar kan je op grond van medische redenen niet weigeren voor de basisverzekering.

Wat zit er zoal in de basisverzekering?

De basisverzekering is ruim van opzet en omvat het merendeel van de essentiële geneeskundige zorg die voldoet aan de in Nederland geaccepteerde stand van wetenschap en praktijk. Belangrijke voorbeelden van zorg die in de basisverzekering zijn opgenomen:

- geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen;
- wijkverpleging;
- verblijf in het ziekenhuis;
- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- geregistreerde geneesmiddelen uit het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS);
- tandheelkundige zorg tot de leeftijd van 18 jaar;
- zorg van therapeuten, zoals fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten;
- medisch noodzakelijke diëtetiek;
- medische hulpmiddelen;
- ambulancevervoer;
- zittend ziekenvervoer (bij bepaalde medische indicaties);
- fysiotherapie voor chronisch zieken;
- stoppen-met-roken-programma's;
- gecombineerde leefstijlinterventies;
- spoedeisende onvoorzienbare zorg in het buitenland, tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag of het tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (WMG).

Indien je naar het buitenland (niet zijnde Nederland) gaat, met als doel daar een medische behandeling te ondergaan, neem dan eventueel vooraf contact met ons op. Uw zorgverzekeraar dient dat vooraf te beoordelen. Uitzonderd zijn buitenlandse gecontracteerde ziekenhuizen in België & Duitsland, maar ook daar kan sprake zijn van niet-gecontracteerde behandelingen, zoals GGZ-zorg; maar vaak ook van plastisch chirurgische en bariatrische zorg en ivf-behandelingen. Kijk voor meer informatie in onze brochure of check de website van je zorgverzekeraar.

Als je jezelf inschrijft bij een Nederlandse gemeente, dan dien je zelf zorg te dragen voor de inschrijving bij een huisarts die bij je in de buurt, liefst in de eigen woonplaats, praktijk houdt. Ook adviseren wij je om de tandartsenpraktijk in dezelfde regio te kiezen.

Heb je behoefte aan medische zorg, neem dan contact op met je huisarts. Voor medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld in het ziekenhuis, heb je een verwijzing van je huisarts, tandarts of bedrijfsarts nodig, die maximaal één jaar geldig is.

Vrijwillige aanvullende (tandarts-)verzekering

Een aanvullende verzekering dekt (een deel van de) zorg die niet onder de basisverzekering valt. Bijvoorbeeld extra vergoeding voor een behandeling bij de fysiotherapeut, alternatief geneeswijzer, brillen/contactlenzen op sterkte, orthodontist, tandarts, of een aanvulling i.v.m. spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland en repatriëring. Let op: neem altijd contact op met je alarmcentrale indien er sprake is van spoedeisende zorg in het buitenland! Het afsluiten van een aanvullende verzekering is niet verplicht.

Verplicht eigen risico

Als je medische kosten maakt, geldt er voor vergoedingen uit de basisverzekering een wettelijk verplicht eigen risico. Het eigen risico in 2025 is vastgesteld op € 385,- per jaar. Niet voor alle zorg dien je eigen risico te betalen. Kijk voor meer informatie in onze brochure.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplichte eigen risico, kan je kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico variërend van € 100,- tot € 500,-, waarmee je premievoordeel krijgt. Kijk voor meer informatie in onze brochure.

Wat moet je doen om jezelf te verzekeren via de zorgcollectiviteit van je werkgever?

Je dient zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen vier maanden nadat je voor je werkgever in Nederland bent komen werken, een zorgverzekering af te sluiten. De ingangsdatum hangt af van de datum dat je voor je Nederlandse werkgever bent gaan werken of wanneer je bent ingeschreven in Nederland?

Ben je later dan de genoemde vier maanden met het aanleveren van de gevraagde documenten, dan word je niet met terugwerkende kracht verzekerd! Dan geldt de datum dat alle stukken binnen zijn bij de zorgverzekeraar, wat kan betekenen dat je een periode niet verzekerd bent. Schrijf je jezelf niet (tijdig) in, dan riskeer je daarnaast een boete, omdat de basisverzekering een verplichte verzekering is. Zodra je een zorgverzekering hebt aangevraagd, ontvang je binnen enkele weken een (digitaal) polisblad en je zorgpas. Wij adviseren om je aanmelding zo spoedig mogelijk in orde te maken. Het polisnummer heb je namelijk nodig indien je gebruik maakt van medische zorg. Wij adviseren om de (digitale) zorgpas altijd bij je te dragen, met name als je in het buitenland bent.

Indien je werkgever een collectiviteit heeft afgesloten, is deelname dan verplicht?

Indien je werkgever een collectief ziektekostencontract heeft afgesloten bij een of meerdere zorgverzekeraars, is het vaak interessant om je zorgverzekering daarbij onder te brengen. Deelname is echter niet verplicht, maar kan wel inhouden dat een eventuele werkgeversbijdrage niet (meer) van toepassing is. Neem voor meer informatie hieromtrent contact op met je werkgever.

Hoe kan je nota's declareren bij je zorgverzekeraar?

Veel zorgkosten worden rechtstreeks door je zorgverlener ingediend bij je zorgverzekeraar. Achteraf krijg je daarvan een bericht van je zorgverzekeraar. Ontvang je toch een nota van je zorgverlener? Dan kan je deze digitaal of per post bij de zorgverzekeraar declareren. Kijk voor meer informatie op de website van je zorgverzekeraar.

Woon je in België, maar ontvang je inkomen uit Nederland?

Als je in België woont, maar alleen inkomen ontvangt uit Nederland dan ben je toch verplicht de basisverzekering af te sluiten. Bij aanmelding bij de Nederlandse zorgverzekeraar dien je te vermelden dat je in het buitenland woont. Gezinsleden die geen inkomsten uit Nederland krijgen, kunnen niet verzekerd worden bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Gezinsleden dienen zich te registreren in België bij een mutualiteit. Zodra de Nederlandse zorgverzekeraar een polis verstrekt, wordt ook een (digitaal) S1 (E106) document aangemaakt, die de mutualiteit nodig heeft. De mutualiteit zal op basis van dat S1(E106) formulier je en eventuele gezinsleden registreren. Daarnaast adviseren wij je een hospitalisatieverzekering in België af te sluiten. Neem voor meer informatie contact op met de mutualiteit.

Ben je woonachtig in een ander land en wens je meer informatie over zorgverzekeringen in je woonland, neem dan contact op met de zorgverzekeraar in je woonland. Voor vragen over de Nederlandse zorgverzekering, kan je contact met ons opnemen.

Woon je in Nederland en verhuis je binnen Nederland?

Je zorgverzekeraar krijgt het verhuisbericht automatisch door via je gemeente. Gelieve je verhuizing ook naar ons mailen.

Woon je in Nederland en verhuis je naar het buitenland?

Als je van Nederland naar het buitenland verhuist dien je dit aan ons door te geven. Vermeld hierbij de datum van de verhuizing, het nieuwe adres, wie er meeverhuizen en of u jij en/of je gezinsleden nog inkomsten vanuit Nederland blijft/ blijven ontvangen. Indien jij en/of je gezinsleden geen inkomsten uit Nederland meer ontvangt/ ontvangen, vervalt namelijk de verzekeringsplicht. Wij geven je verhuismelding door aan de zorgverzekeraar, zij zullen je dan een S1(E106) document toesturen waarmee je jezelf kunt aanmelden bij de zorgverzekeraar in het buitenland.

Woon je niet in Nederland en verhuis je binnen je woonland?

Geef dan de datum van de verhuizing en het nieuwe adres aan ons door, zodat wij de zorgverzekeraar kunnen informeren.

Ga je uit dienst bij je huidige werkgever?

Als je uit dienst gaat bij je werkgever, dan ben je verplicht dit zo spoedig mogelijk aan ons te melden. Vermeld daarbij ook je polisnummer. Normaliter wordt de collectiviteit beëindigd per de 1ste van de maand volgend op de einddatum van je dienstverband. Bijvoorbeeld: is je laatste werkdag 15 maart, dan houdt jouw werkgever de zorgpremies in tot en met 31 maart en wordt je polis per 1 april omgezet naar een individuele zorgverzekering.

Wanneer komt je zorgverzekering in Nederland te vervallen?

Zodra het dienstverband met je Nederlandse werkgever is beëindigd én je niet (meer) in Nederland woonachtig bent, dien je zelf binnen één maand na het einde van je dienstverband je zorgverzekering op te zeggen. Indien je de verzekering niet of niet tijdig opzegt, blijft je betalingsverplichting doorlopen! Blijf je in Nederland woonachtig en ga je niet in het buitenland werken, dan blijft de verzekeringsplicht in Nederland gelden. Geef de beëindiging van je dienstverband tijdig aan ons door en vermeld daarbij ook of je elders gaat werken in Nederland of daarbuiten.

Met wie kan je contact opnemen voor vragen over de zorgverzekering?

Voor vragen over premies, vergoedingen, declaraties, het eigen risico, het verkrijgen van medische machtigingen, zorgbemiddeling of klachten kan je contact opnemen met de Zorgconsulenten van Team Zorg. Voor het doorgeven van wijzigingen in je gezinssituatie, aanpassingen in je zorgverzekering verzoeken wij dat zo veel mogelijk te doen via de Mijn-omgeving van je zorgverzekeraar. Lukt dat niet? Dan kan je dit verzoek mailen naar ons e-mailadres: zorg@witteboussen.nl. Vermeld daarbij altijd je polis (relatie) nummer.

Onze contactgegevens



Witte-Boussen Assurantiën B.V.

Mr. F.J. Haarmanweg 16
Postbus 21
4530 AE Terneuzen



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



zorg@witteboussen.nl



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