SCHOUTEN
ZEKERHEID



Échte zekerheid, voor iedereen

Welke zorgverzekering past het best bij jou? Wij helpen je kiezen

- ✓ Profiteer van ruimere vergoedingen dan bij een individuele verzekering.
- ✓ De zorgverzekering dekt jou, je partner en je inwonende kinderen.
- ✓ Wij regelen jouw overstap. Maak een keuze en wij doen de rest!

Zorggids 2027



Jouw zorgverzekering in 2027

Het kiezen van een zorgverzekering kan voelen als het lopen in een doolhof vol onbekende termen en eindeloze opties.
Bij Schouten Zekerheid staan we klaar om je door dit doolhof te begeleiden, om je met vertrouwen op weg te helpen naar de zorg die je nodig hebt.

Als werknemer biedt jouw werkgever of brancheverenigingje de kans om een collectieve zorgverzekering af te sluiten via Schouten Zekerheid. Als jouw verzekeringsmakelaar fungeren wij als verbinder tussen jou en de verzekeraars, waarbij we jouw belangen behartigen. Met meer dan 70 jaar ervaring, zijn we een familiebedrijf dat zich sinds 1953 inzet voor jouw zekerheid.

Met het doel om jou de meest gestelde vragen te helpen beantwoorden en een helder inzicht te geven in wat een collectieve zorgverzekering precies inhoudt, hebben wij deze zorggids samengesteld. Verandering is immers het enige constante element in het leven, en dit geldt ook voor jouw zorgverzekering. Het jaar 2027 vormt hier geen uitzondering op en brengt nieuwe aanpassingen met zich mee. Maar maak je geen zorgen, wij zijn hier om je te helpen. In dit magazine zullen we alle belangrijke wijzigingen in jouw zorgverzekering voor het jaar 2027 nauwkeurig onder de loep nemen.

Hoe werkt het eigen risico in mijn zorgverzekering?

Iedereen boven de 18 jaar heeft een verplicht eigen risico over de zorg uit de basisverzekering. In 2027 wordt dit verhoogd naar €400. Het houdt in dat de eerste €400 die je in dat jaar aan medische kosten maakt, op jouw rekening komen. Maar let op! Je kunt dit eigen risico vrijwillig verhogen met maximaal €500. Het voordeel? Hoe hoger jouw eigen risico, hoe meer premiekorting je krijgt.

Wat betekent 'eigen bijdrage'?
Afgezien van de premie die je betaalt, zijn er soms zorgkosten waarvoor je zelf een deel moet bijdragen. Dit staat bekend als de 'eigen bijdrage'. En deze kan per behandeling verschillen. Er bestaan twee soorten eigen bijdragen:

#1 De wettelijke eigen bijdrage: Hierbij heeft de overheid bepaald dat je voor bepaalde zorg uit het basispakket een bijdrage moet betalen. Het bedrag is voor iedereen hetzelfde.
Als je bijvoorbeeld gebruikt maakt van:

- Zittend ziekenvervoer: hou rekening met een eigen bijdrage.
- Medicijnen: de basisverzekering dekt alleen de kosten van de goedkoopste variant. Kies je een duurdere variant, dan betaal je het verschil bij.
- Kraamzorg: hier geldt een wettelijke eigen bijdrage.
- Hulpmiddelen: ook hier kan een eigen bijdrage gelden.

Kun je dit voorkomen? Niet altijd, maar voor sommige eigen bijdragen kan je een aanvullende verzekering afsluiten. Hoeveel er dan exact verzekerd wordt, hangt af van welke aanvullende verzekering je kiest. Laten we wat licht werpen op de bijdragen voor hogere kosten en de voordelen van jouw collectieve zorgverzekering voor 2027.

#2 Zorg die niet onder het eigen risico valt Voor sommige behandelingen stelt de zorgverzekeraar een maximumvergoeding per jaar vast. Neem bijvoorbeeld diëtetiek: de basisverzekering dekt maximaal 3 uur diëtiek per jaar. Krijg je meer dan dat? Dan betaal je zelf de extra kosten, tenzij je een aanvullende verzekering hebt die dit dekt.
Goed nieuws! Niet alle medische zorg telt mee voor het verplichte eigen risico. Je ontvangt géén rekening van je zorgverzekeraar voor:

- Zorg door de huisarts.
- Alle zorg die door de aanvullende verzekering wordt vergoed.
- Verloskundige zorg en kraamzorg.
- Wijkverpleging.
- Gratis bevolkingsonderzoeken (zoals borstkankeronderzoek).
- De griepprik voor risicogroepen.
- Zorg en tandheelkundige zorg voor jongeren tot 18 jaar.

Over de collectieve zorgverzekering

De collectieve zorgverzekering via je werkgever geeft je extra voordelen. Maar geldt voor jou de vraag: Moet ik ieder jaar opnieuw de collectieve zorgverzekering aanvragen? Het antwoord is nee. Deelname aan het collectief via je werkgever gaat automatisch door als je geen veranderingen in je verzekering wilt aanbrengen. Maar onthoud: wij raden je aan om elk jaar onze vergelijkingstool te gebruiken. Zo weet je of je nog steeds de beste en meest voordelige verzekering hebt die past bij jouw persoonlijke wensen en behoeften.

Collectieve zorgverzekering: wat te doen in verschillende situaties?
Wat gebeurt er eigenlijk als je al verzekerd bent bij een deelnemende zorgverzekeraar? Of wat gebeurt er met je zorgverzekering als je tijdens het jaar van baan verandert? Laten we deze vragen onder de loep nemen. "Ik ben al verzekerd bij een deelnemende zorgverzekeraar, maar neem nog niet deel aan het collectief"

Als je al verzekerd bent bij een deelnemende zorgverzekeraar, kun je nog steeds deelnemen aan dit collectief. Vul gewoon het 'deelnemen aan het collectief' formulier in op deze website.
Wij zorgen ervoor dat je wordt aangemeld voor het collectief van je werkgever bij je verzekeraar.
De collectiviteit gaat in, per eerste van de volgende maand.



Ik ga gedurende het jaar uit dienst.
Wat er gebeurt hangt af van de verzekeraar. Er zijn in principe twee scenario's:

1. Je behoudt je korting (en eventuele extra vergoedingen) tot het eind van het jaar. Daarna ontvang je een individueel aanbod voor het volgende jaar. Je kunt dan overstappen of je verzekering wijzigen. CZ en VGZ werken bijvoorbeeld op deze manier.

2. Je korting (en eventuele extra vergoedingen) vervallen na je uitdienstdatum of vanaf de eerste dag van de volgende maand. Je krijgt een individuele polis en je kunt op dat moment niets veranderen. Soms kun je wel deelnemen aan een ander collectief, maar daar moet je zelf stappen voor ondernemen. Bij Zilveren Kruis, Menzis, a.s.r., ONVZ en Aevitae werkt het op deze manier.

Ik ben na 1 januari in dienst gekomen
Of je direct kunt deelnemen aan het collectief hangt af van je huidige situatie:

1. Je bent al verzekerd bij een van de verzekeraars van het collectief - Je kunt deelnemen aan de collectieve zorgverzekering van je nieuwe werkgever vanaf de eerste van de volgende maand. Vul het 'deelnemen aan het collectief' formulier in en wij zorgen voor de rest.

2. Je was collectief verzekerd via je vorige werkgever - In dit geval kan gedurende het jaar overstappen naar het collectief van je nieuwe werkgever. Hier zijn enkele voorwaarden aan verbonden.

De voorwaarden zijn:
- Je bent op dit moment collectief verzekerd via je vorige werkgever - Je nieuwe werkgever biedt ook een collectieve zorgverzekering aan.
- Je stapt over binnen 30 dagen na het ingaan van uw nieuwe arbeidscontract.

Als je aan deze voorwaarden voldoet, kun je overstappen. Gebruik onze keuzehulp om je hierbij te ondersteunen.

3. Je bent individueel verzekerd bij een andere verzekeraar of je bent collectief verzekerd bij een andere verzekeraar op een andere manier dan via je vorige werkgever - Het is in deze situatie helaas niet mogelijk om in de loop van het jaar over te stappen. Je kunt ieder jaar in november en december van zorgverzekering wisselen.

Jouw collectieve zorgverzekering: van besparingen tot deelname
Een collectieve zorgverzekering kan een mooie aanvulling zijn op je arbeidsvoorwaardenpakket. Maar vraag je je af hoeveel het je precies scheelt of wie er allemaal mogen deelnemen aan de collectieve zorgverzekering? We hebben alle details voor je op een rijtje gezet.

De besparing door collectiviteit
Wat je precies bespaart met een collectieve zorgverzekering, hangt af van de specifiek aangeboden voorwaarden. Om inzicht te krijgen in de deelnemende zorgverzekeraars en hun kortingen, bekijk je de website van je zorgcollectiviteit. Wil je het aanbod direct vergelijken met je huidige verzekering? Geen probleem – dat kan ook!

Wie mogen er deelnemen aan de collectieve zorgverzekering?
De collectieve zorgverzekering is in eerste instantie bedoeld als aanvulling op het arbeidsvoorwaardenpakket van je werkgever. In sommige gevallen loopt de collectiviteit via een brancheverenigingwaarbij je werkgever is aangesloten. Maar er zijn meer mensen die ervan kunnen profiteren.

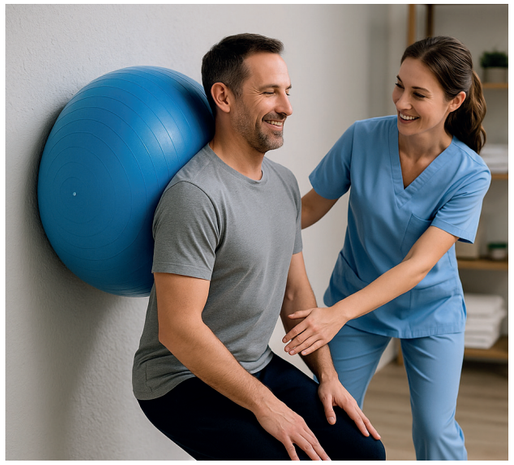


Een collectieve zorgverzekering is beschikbaar voor:
- Werknemers van een werkgever die een collectieve zorgverzekering aanbiedt, of van bedrijven die lid zijn van een brancheverenigingmet een collectiviteitsaanbod.
- Partners van werknemers, die op hetzelfde adres wonen.
- Thuiswonende kinderen van werknemers, zelfs als ze ouder zijn dan 18. Let op, sommige verzekeraars hanteren een maximale leeftijdsgrens van 30.
- Uitwonende studerende kinderen van werknemers. Sommige verzekeraars stellen de voorwaarde dat uitwonende kinderen alleen gebruik mogen maken van de collectiviteit zolang ze studeren.

Er zijn echter ook groepen waarvoor de collectieve zorgverzekering niet bedoeld is:
- Gezinsleden, als de werknemer zelf niet deelneemt aan de collectieve zorgverzekering.
- Ouders van werknemers.

Chronisch zieken, selectieve polissen en meer

Het kiezen van de juiste zorgverzekering kan een uitdaging zijn, vooral als je chronisch ziek bent of als je overweegt om een naturaselectiefpolis of budgetpolis te nemen. Laten we deze onderwerpen eens van dichtbij bekijken en hopen dat ze wat verduidelijking brengen.



Toegang tot zorgverzekeringen voor chronisch zieken
Heb je je ooit afgevraagd, “Kan ik als chronisch zieke bij elke zorgverzekering terecht?”
Het antwoord is: ja, voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren voor de basisverzekering.
Maar voor aanvullende of tandartsverzekeringen kunnen ze aanvragen weigeren. Soms voeren verzekeraars een medische selectie uit voor hun meest uitgebreide pakketten. Deze selectie wordt gebaseerd op een verklaring van je tandarts of een vragenlijst over jouw gezondheid.

Er is bij sommige verzekeraars wel een uitzondering mogelijk: de “Gelijk-overregeling”.
Als je kunt aantonen dat je bij je huidige zorgverzekeraar ook een vergelijkbare aanvullende (tandarts)verzekering hebt, kun je zonder selectie het uitgebreide pakket afsluiten.

Wat is een naturaselectiefpolis of budgetpolis
Een naturaselectiefpolis of budgetpolis is vaak een goedkoop alternatief voor de natura- of restitutieverzekering.

Maar let op de volgende zaken als je voor deze optie kiest:

- Er zijn vaak minder zorgverleners gecontracteerd, mogelijk kun je niet bij alle ziekenhuizen terecht.
- De vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners is vaak lager (bijvoorbeeld 65%).
- Zorggerelateerde zaken regel je meestal alleen online.
- Soms kun je hulpmiddelen en medicijnen alleen bij aangewezen leveranciers bestellen en alleen via internet.

Voordat je deze verzekering kiest, is het dus belangrijk dat je goed de voorwaarden leest.

Word ik altijd geaccepteerd voor de zorgverzekering?
Het antwoord is ja. Door de Zorgverzekeringswet is elke zorgverzekeraar verplicht je te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht jouw leeftijd of gezondheidstoestand. Het enige waarop de acceptatie kan stuiten, is een betalingsachterstand bij je huidige verzekeraar.

Voor de meest uitgebreide aanvullende (tandarts) verzekeringen kan echter wel een medische selectie gelden. Een “Gelijk-overregeling” kan hierbij uitkomst bieden; dit betekent dat als je aantoont dat je bij je huidige zorgverzekeraar ook een vergelijkbare aanvullende (tandarts) verzekering hebt, je zonder selectie het uitgebreide pakket kunt afsluiten.

Natura- en combinatiepolis: wat is het verschil?
Het zijn de twee typen basisverzekeringen waar je uit kunt kiezen. Maar welke past het best bij jou?
Een naturapolis is voordeliger. Je krijgt de zorgkosten volledig vergoed wanneer je kiest voor een zorgverlener waarmee jouw zorgverzekeraar een contract heeft. Kies je voor een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan krijg je mogelijk slechts een deel van de kosten vergoed. Over het algemeen kun je kiezen uit een ruim aanbod van gecontracteerde zorgverleners.

Daarnaast is er de combinatiepolis. Deze polis combineert de kenmerken van een naturapolis en een restitutieverzekering. Voor sommige zorgsoorten krijg je de kosten volledig vergoed, ook wanneer jouw zorgverzekeraar geen contract heeft met de zorgaanbieder. Voor andere zorgsoorten geldt dat je mogelijk slechts een deel van de kosten vergoed krijgt bij een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Het voordeel is dat je voor bepaalde zorgsoorten meer vrijheid hebt in de keuze van je zorgaanbieder.
De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de zorgsoort en de voorwaarden van je polis.

Jouw collectieve zorgverzekering
Met deze basisinformatie over de zorgverzekering kun je zelf een weloverwogen keuze maken. Onthoud, jouw keuze heeft invloed op de zorg die je ontvangt en de manier waarop de kosten worden gedekt.
Neem de tijd om de opties die je hebt te overwegen, zodat je kunt genieten van de voordelen van jouw collectieve zorgverzekering.
Er zijn natuurlijk nog veel meer aspecten om na te denken bij het kiezen van een zorgverzekering.
Daarom zijn we hier bij Schouten Zekerheid altijd bereid om je te helpen bij het maken van de beste keuze. Je kunt altijd contact met ons opnemen als je nog vragen of zorgen hebt.

Gecontracteerde zorgverleners
Bij een zorgverzekering ben je vaak gebonden aan gecontracteerde zorgverleners. Dit betekent dat je verzekeraar afspraken heeft gemaakt met specifieke zorgaanbieders. Als je ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, vergoedt je verzekering mogelijk niet de volledige kosten.
De hoogte van de vergoeding hangt af van de zorgverzekering die je hebt gekozen.





Dekking in het buitenland

Staat er een buitenlandse vakantie op de planning? Goed nieuws: ook in het buitenland blijf je verzekerd voor zorg. De Nederlandse basisverzekering biedt namelijk werelddekking. Als je in het buitenland zorg nodig hebt die niet kan wachten tot je terug bent in Nederland, neem dan zo snel mogelijk contact op met je zorgverzekeraar. Je krijgt deze zorg in principe vergoed tot maximaal het Nederlandse tarief.
Als de kosten hoger zijn, moet je deze zelf betalen, tenzij je aanvullend verzekerd bent voor buitenlandse zorg of een reisverzekering met medische dekking hebt.

Op vakantie versus langdurig verblijf
Een belangrijk onderscheid is het verschil tussen tijdelijk in het buitenland zijn, zoals op vakantie, en langdurig verblijf in het buitenland. In het laatste geval kun je niet altijd je Nederlandse zorgverzekering aanhouden. Het is aan te raden om dit na te gaan voor je vertrekt.

Wat is de EHIC
Heb je weleens gehoord van de EHIC, de Europese zorgpas? Het is een handig hulpmiddel als je naar het buitenland reist. Deze pas geeft je recht op noodzakelijke medische zorg tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland, binnen de grenzen van de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland, Australië, Groot-Brittannië en Noord-Macedonië.

Zorgverzekering en wonen/werken in het buitenland
Het is een feit dat elke inwoner van Nederland een zorgverzekering moet hebben. Maar wat gebeurt er als je naar het buitenland verhuist, tijdelijk of permanent? Je persoonlijke situatie bepaalt of je in Nederland verzekerd blijft of niet. Hier is een eenvoudige gids voor wat je kunt verwachten in verschillende situaties:

1. Wonen in het buitenland met een Nederlands pensioen of uitkering
Als je naar het buitenland verhuist en een Nederlandse pensioen of uitkering ontvangt, vervalt je Nederlandse ziektekostenverzekering. Als je in een land woont waarmee Nederland een verdrag heeft gesloten, meld je je aan bij het CAK met het 121-formulier. Je betaalt dan een bijdrage aan het CAK en hebt recht op medische zorg volgens de wettelijke regelingen van je woonland. Als je gedurende deze periode in een niet-verdragsland woont, moet je een zorgverzekering in je woonland afsluiten voor jezelf en eventuele meeverhuizende gezinsleden.

2. Tijdelijk wonen en/of werken in het buitenland
Als je tijdelijk naar het buitenland gaat voor werk of wonen, hangt het van je bestemming en de duur van je verblijf af of je een nieuwe zorgverzekering moet regelen. Als je langer dan 3 maanden in een verdragsland of eerste werkdag-land werkt, moet je je Nederlandse zorgverzekering opzeggen en een nieuwe zorgverzekering afsluiten in je nieuwe land. Als je verblijf korter is dan 3 maanden, blijft je Nederlandse zorgverzekering gewoon geldig en hoef je niets te doen. Datzelfde geldt, als je tot een jaar in het buitenland blijft, zonder te werken. Als je echter langer dan een jaar verblijft zonder te werken, neem dan contact op met de SVB (Sociale Verzekeringsbank) voor advies.

3. Wonen in het buitenland en werken in Nederland
Als je in Nederland werkt maar in het buitenland woont, ben je verplicht een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. Je kunt je gezinsleden niet onder deze verzekering inschrijven, maar het is soms mogelijk ze mee te verzekeren. Je moet binnen vier maanden contact opnemen met een zorgverzekeraar naar keuze. Na aanmelding ontvang je het verdragsformulier 106 van je Nederlandse zorgverzekeraar, dat je dan aan je zorgverzekeraar in je woonland verstrekt. Dit geeft je recht op zorg in zowel Nederland als je woonland.

4. Wonen in Nederland, werken in het buitenland
Als je in Nederland woont maar in het buitenland werkt, moet je meestal een zorgverzekering afsluiten in het land waar je werkt. Je kunt vaak je gezinsleden meeverzekeren. Als je in een verdragsland werkt kan je een Verdragspolis bij CZ afsluiten, die vergelijkbaar is met de Nederlandse basisverzekering maar geen premie vereist.
Je moet hiervoor een verdragsformulier 106 aanvragen bij jouw buitenlandse zorgverzekeraar.

5. Studeren en wonen in het buitenland
Als je in het buitenland studeert zonder naast je studie te werken, blijft je Nederlandse zorgverzekering van kracht. Het is wel aan te raden om een EHIC-pas aan te vragen als aanvulling op je Nederlandse zorgverzekering. Het is altijd belangrijk om goed onderzoek te doen en eventueel professioneel advies in te winnen wanneer je overweegt in het buitenland te wonen of te werken. Elk land heeft zijn eigen regels en voorschriften, en het is essentieel om ervoor te zorgen dat je volledig gedekt bent in geval van een medisch noodgeval.

De EHIC en studeren in het buitenland
Als je ervoor kiest om in de EEG (de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein), Zwitserland, Australië, Groot-Brittannië of Noord-Macedonië te studeren, kun je een EHIC-pas aanvragen.

Deze pas geeft je recht op noodzakelijke medische zorg tijdens je verblijf in het buitenland. Veel zorgverzekeraars hebben deze EHIC gecombineerd met hun eigen medische zorgpas. De EHIC is persoonsgebonden, dus elk gezinslid dat je vergezelt, moet ook een aparte pas aanvragen.

Ga je studeren in een ander verdragsland?
Dan moet je een 111-formulier aanvragen bij je zorgverzekeraar om aanspraak te kunnen maken op de noodzakelijke medische zorg. En als je gaat studeren in een land waarmee geen verdrag is gesloten, behoud je het recht op de zorg uit je Nederlandse zorgpolis.

Wat gebeurt er als ik niet betaal voor mijn zorgverzekering?

Het niet betalen van de premie voor je zorgverzekering heeft consequenties. Eerst stuurt je zorgverzekeraar je betalingsherinneringen, en ze kunnen je eventueel een betalingsregeling aanbieden. Als je echter na 6 maanden nog steeds niet hebt betaald, meldt de zorgverzekeraar je als wanbetaler bij het CAK.

Zodra je als wanbetaler bij het CAK geregistreerd staat, houden zij de premie in op je inkomen, en betaal je geen zorgpremie meer aan je zorgverzekeraar. Je blijft toch verzekerd voor de basisverzekering bij je eigen zorgverzekeraar.

Als je ook een aanvullende verzekering hebt, kan je zorgverzekeraar deze beëindigen. Bovendien ontvang je je zorgtoeslag niet meer zelf. Deze wordt gebruikt om de premie aan het CAK te betalen.

Hogere premie zorgverzekering bij wanbetaling
Het vervelende van aangemeld worden als wanbetaler bij het CAK is dat je een hogere premie moet betalen. Deze bestuursrechtelijke premie is 130% van de standaardpremie, en geldt ook voor mensen met een inkomen op bijstandsniveau. Als je het niet eens bent met deze situatie, raden we je aan om contact op te nemen met je zorgverzekeraar. Zij kunnen je misschien helpen met een oplossing.

Wat gebeurt er als ik niet betaal voor mijn zorgverzekering?
Het niet betalen van de premie voor je zorgverzekering heeft consequenties.

Eerst stuurt je zorgverzekeraar je betalingsherinneringen, en ze kunnen je eventueel een betalingsregeling aanbieden. Als je echter na 6 maanden nog steeds niet hebt betaald, meldt de zorgverzekeraar je als wanbetaler bij het CAK.



Gespreid betalen bij de zorgverzekeraar: is dat mogelijk?
Ja, het is mogelijk om gespreid te betalen bij je zorgverzekeraar. Als je een hoge rekening ontvangt voor je eigen risico of eigen bijdrage en je kunt deze niet in één keer betalen, kan dit een uitkomst bieden.

Je kunt een betalingsregeling aanvragen op de website van je verzekeraar. Na het indienen van je aanvraag zal je verzekeraar deze beoordelen en je laten weten of deze wordt goedgekeurd.
Het biedt dus een mogelijkheid om de last van een grote betaling te verzachten.

Wisselen van zorgverzekeraar na 1 Januari, kan dat?
Hoewel de officiële overstapperiode voor zorgverzekeraars loopt van half november tot 1 januari, zijn er verschillende situaties waarin je gedurende het jaar alsnog de mogelijkheid hebt om over te stappen naar de collectieve zorgverzekering van je werkgever:

- ***Nieuwe baan:***
  Wissel je van baan en was je bij je oude werkgever collectief verzekerd?
  Dan kun je overstappen naar de collectieve verzekering van je nieuwe werkgever. Je hebt hiervoor 30 dagen de tijd, gerekend vanaf de startdatum van je nieuwe dienstverband.

- ***18 jaar geworden*****:
  Ben je net 18 jaar geworden? Ook dan heb je de optie om over te stappen.

- ***Terugkeer uit militaire dienst:***
  Voor mensen die uit militaire dienst komen, bestaat eveneens de mogelijkheid om over te stappen.

- ***Terugkeer uit Buitenland:***
  Kom je terug uit het buitenland en heb je geen Nederlandse zorgverzekering, dan kun je overstappen.

- ***Echtscheiding:***
  In geval van een echtscheiding is het ook mogelijk om over te stappen.

- ***Wijzigingen in polisvoorwaarden:***
  Als jouw zorgverzekeraar tussentijds de polisvoorwaarden aanpast, heb je het recht om over te stappen.





Terugkomen naar Nederland: wanneer moet ik een zorgverzekering afsluiten?

Als je in Nederland woont of werkt, moet je een zorgverzekering afsluiten. Deze verplichting gaat in op de dag dat je je inschrijft bij een Nederlandse gemeente of de dag dat jouw Nederlandse arbeidscontract ingaat, welke van beide het eerst komt.

Vanaf dat moment heb je vier maanden de tijd om een zorgverzekering af te sluiten. Als je je binnen deze vier maanden aanmeldt, gaat je polis met terugwerkende kracht in. Je betaalt dus ook premie voor de periode voor je de verzekering aanvroeg. Daarbij worden eventueel gemaakte zorgkosten in deze periode vergoed.

Wacht je langer dan vier maanden met het afsluiten van een zorgverzekering, dan riskeer je een boete. Je nieuwe zorgverzekering gaat dan in op de dag dat je hem afsluit, niet met terugwerkende kracht. Je betaalt vanaf die dag premie en alleen zorgkosten gemaakt na deze datum worden vergoed.

Hoe zeg ik mijn zorgverzekering op?

Het is gebruikelijk om je zorgverzekering op te zeggen aan het einde van het kalenderjaar. Uiterlijk 12 november ontvang je van je zorgverzekeraar de nieuwe premie en voorwaarden voor het komende jaar. Wanneer je besluit om over te stappen, kun je je aanmelden bij een nieuwe zorgverzekeraar vóór 1 januari. Deze zal dan je oude zorgverzekering voor je opzeggen. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van jouw partner en kinderen, mits je dat aangeeft.



Je kunt ervoor kiezen om je zorgverzekering zelf op te zeggen. Dit kan tot en met 31 december en moet vaak schriftelijk. Soms kan dit in de portal van jouw zorgverzekeraar, in andere gevallen gaat dit per mail of brief. Daarna heb je tot 1 februari de tijd om je aan te melden bij een nieuwe verzekeringsmaatschappij. Je nieuwe zorgverzekering treedt dan met terugwerkende kracht per 1 januari in werking.

Hoe werkt de opzegservice voor zorgverzekeringen?
Elk jaar, in november en december, kun je overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
Als je in deze periode overstapt, zal je nieuwe zorgverzekeraar de overstap melden aan je oude verzekeraar.

Hoe overstappen naar de collectieve zorgverzekering?
Het overstappen naar een collectieve zorgverzekering is gemakkelijk. Ga naar de link die je werkgever heeft gestuurd per mail, en volg deze stappen:

1. Vul je gegevens in
Vul je geslacht, geboortedatum en postcode in en vertel ons of je gezinsleden wil meeverzekeren. Kies de hoogte van je eigen risico en eventueel een aanvullende verzekering.

2. Vul de wensen van je zorgverzekering in
Vindt je het lastig om te kiezen welke aanvullende zorgverzekering bij je past? Wij helpen je graag een handje door te adviseren over de dekkingen die het beste bij jou en je gezin past met de keuzehulp. Tip: als jij en je partner andere wensen hebben, maak dan aparte vergelijkingen.

3. Vergelijk zorgverzekeringen
Wij geven je meteen drie opties die voldoen aan jouw wensen. Wil je toch nog een hogere of lagere vergoeding, mis je een dekking in het overzicht of heb je een voorkeur voor een type basisverzekering, gebruik dan de filters.

4. Sluit de beste zorgverzekering af
De beste zorgverzekering gevonden? Stap direct via ons over. Je nieuwe zorgverzekeraar zorgt ervoor dat je huidige zorgverzekering wordt opgezegd. Dit hoef je niet zelf te doen.

Meeverzekeren van Partner en/of kinderen

Kun je je partner en/of kinderen meeverzekeren via de collectiviteit van je werkgever? Absoluut! Je partner en/of kinderen kunnen deelnemen aan de collectieve zorgverzekering en genieten van dezelfde korting die jij krijgt. Een aanwinst in het gezin met de geboorte van een baby? Gefeliciteerd! Vergeet niet binnen vier maanden na de geboorte je kind aan te melden bij de zorgverzekering. Dit kan vaak online, hoewel sommige verzekeraars een telefonische melding vereisen.



Verzekeren jou en je partner je kind na de geboorte niet binnen vier maanden, dan is jullie kindje onverzekerd. Dit kan leiden tot hoge rekeningen als het kind ziek wordt, en tot een mogelijke boete.

Het goede nieuws is, je kind is gratis meeverzekerd tot zijn of haar 18e verjaardag; de overheid betaalt de premie. Bovendien is de dekking van de basisverzekering voor kinderen uitgebreider dan voor volwassenen.

Eigen risico en kinderen
Het eigen risico geldt niet voor kinderen tot 18 jaar. Dit betekent dat je voor jouw kinderen geen eigen risico hoeft te betalen.

Meeverzekeren van partner op werkgeverscollectiviteit
Als je partner reeds bij dezelfde verzekeraar verzekerd is en je wilt je partner meeverzekeren op jouw werkgeverscollectiviteit, dan kun je dat eenvoudig aanvragen door een e-mail te sturen naar zorgdesk@schoutenzekerheid.nl. Vermeld in deze e-mail het relatienummer, de naam van de verzekeraar en de naam van jouw werkgever, dan zorgen wij ervoor dat het collectief ook op de verzekering van je partner wordt toegepast.

Zorgverzekering voor kinderen: aandachtspunten
Je kunt je kind(eren) tot 18 jaar gratis meeverzekeren op je eigen polis. Een groot deel van de zorg voor kinderen valt binnen de basisverzekering; er zijn echter dekkingen die relevant kunnen zijn voor kinderen maar vallen onder de aanvullende of tandartsverzekering. Als jij en je partner niet dezelfde zorgverzekering hebben, dan is het raadzaam om je kind(eren) mee te verzekeren bij de ouder met de meest uitgebreide polis.

Verzekering via partners werkgever opzeggen
Indien je nieuw in dienst bent en wilt deelnemen aan de collectieve zorgverzekering van je nieuwe werkgever, maar momenteel deel uitmaakt van het collectief van jouw partners werkgever, is dit helaas niet direct mogelijk. Aan het einde van het jaar heb je echter de mogelijkheid om over te stappen. Overstappen is eenvoudig: de nieuwe verzekeraar zegt je huidige polis(sen) automatisch op. Dit geldt ongeacht of jouw partner collectief verzekerd was via zijn of haar werkgever.

Wat biedt de basisverzekering voor mijn kind?
De basisverzekering is voor kinderen uitgebreider dan voor volwassenen en omvat onder andere:

- ***Huisartsbezoek:***
  Consultaties bij de huisarts zijn volledig gedekt onder de basisverzekering.
- ***Ziekenhuisverblijf:***
  Kosten gerelateerd aan een ziekenhuisverblijf, zoals ingrepen, behandelkosten en verblijfskosten zijn gedekt.
- ***Medicijnen:***
  Voorgeschreven medicijnen door een huisarts of specialist worden vergoed.
- ***Tandarts:***
  Controles en de meeste tandheelkundige procedures zijn inbegrepen tot de 18e verjaardag.
- ***Hulpmiddelen:***
  Diverse medische hulpmiddelen, zoals gehoorapparaten en orthopedische schoenen, behoren tot de dekking.
- ***Fysiotherapie:***
  Tot 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar worden vergoed.
- ***Logopedie:***
  Indien medisch noodzakelijk, worden de kosten voor logopedie volledig vergoed.
- ***Medisch specialistische zorg:***
  Behandeling door een medisch specialist wordt vergoed wanneer er een verwijzing is.

Goed om te weten: verzeker je kind op de meest uitgebreide polis van de ouders, zodat het ook gebruik kan maken van de vergoedingen van de aanvullende verzekering. Als je als ouders samen op één polis staat, zou dit automatisch moeten gebeuren, maar het is altijd aan te raden om dit te checken.

Is het voordeliger om deel te nemen aan de Collectiviteit van mijn werkgever?
Je bent op dit moment verzekerd via de collectiviteit van je partner. Maar zou de collectiviteit van je eigen werkgever een betere optie zijn?

Je kunt dit het best concreet krijgen en deze te vergelijken met je huidige verzekering. Maak gebruik van keuzehulpen om een helder beeld te krijgen van welke verzekering de door jou gewenste vergoedingen biedt.

Al met al, neem de tijd om je verzekeringsopties te vergelijken en de juiste beslissing te nemen voor zowel jou als je gezin. Vind je het lastig om de vergelijking te maken met je huidige zorgverzekering, neem dan contact op met de Zorgdesk. Zij kunnen je hierbij helpen.

Persoonlijk advies van onze zorgspecialisten?

Twijfel je over je keuze of heb je een andere specifieke vraag?
Neem dan contact op met de zorgspecialisten van Schouten Zekerheid.

We zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

Het is ook mogelijk om een telefonische afspraak te maken voor persoonlijk advies.

010 - 288 44 85
06 - 27 13 93 52
zorgdesk@schoutenzekerheid.nl

SCHOUTEN
ZEKERHEID



Schouten Zekerheid
Schouten Toren
Rivium Quadrant 81
2909 LC Capelle aan den IJssel

010 – 288 44 44
info@schoutenzekerheid.nl
schoutenzekerheid.nl

Schouten Zekerheid
IJsseltoren
Grote Voort 247 - unit 3.C3
8041 BL Zwolle