46 meest gestelde vragen over zorgverzekeringen

ALGEMEEN

1. IS EEN ZORGVERZEKERING VERPLICHT?

Iedereen die in Nederland woont of werkt, moet een basisverzekering afsluiten. Je verzekert je daarmee voor zorg uit het basispakket. Denk aan de huisarts, het ziekenhuis, de psychiater en de apotheek. De overheid stelt vast wat er in het basispakket van de zorgverzekering zit . Ben je benieuwd naar hoe de Nederlandse zorgverzekering is opgebouwd, kijkt je dan eens naar dit filmpje .

2. IS EEN AANVULLENDE VERZEKERING VERPLICHT?

Met een aanvullende verzekering kan je je extra verzekeren voor kosten die de basisverzekering niet vergoedt. Dit is niet verplicht.

3. WAT VERANDERT ER AAN DE BASISVERZEKERING IN 2027?

Er zijn vanuit het kabinet geen grote wijzigingen aangekondigd in het pakket van zorg die standaard uit de basisverzekering wordt vergoed.

4. WAAROM ZIJN DE PREMIES VOOR 2027 WEER GESTEGEN?

De stijging wordt veroorzaakt door de hogere loonkosten van de zorgmedewerkers, de toenemende zorgvraag door de vergrijzing en de nieuwe technologische ontwikkelingen. Verzekeraars hebben helaas nog maar weinig mogelijkheden om de premie lager te houden. Zij hebben voorgaande jaren hiervoor de reserves ingezet, maar deze zijn inmiddels behoorlijk geslonken.

5. WORDT ER NOG WEL KORTING GEGEVEN OP DE AANVULLENDE VERZEKERING IN 2026?

Zorgverzekeraars mogen zelf bepalen of ze korting geven op de aanvullende verzekering. Dus een collectieve regeling kan voor de aanvullende - en tandartsverzekering nog steeds voordeel geven.

BELANGRIJKE DATA

PRINSJESDAG

6. WANNEER WORDT HET EIGEN RISICO VAN DE ZORGVERZEKERING BEKEND GEMAAKT?

Het verplicht eigen risico word altijd met prinsjesdag bekend gemaakt en stijgt met € 15,- . Dat betekend dat het dit jaar uitkomt op € 400,-.

12 NOVEMBER

7. HOEVEEL GAAT DE PREMIE ZORGVERZEKERING IN 2027 OMHOOG?

De premies van de zorgverzekering 2026 zijn op 12 november bekend gemaakt.

8. OP WELKE DATUM ONTVANG IK UITERLIJK MIJN NIEUWE PREMIE VOOR 2026?

De zorgverzekeraars moeten uiterlijk 12 november de premies bekend maken voor de basisverzekering, maar hebben nog tot 19 november om de premies en voorwaarden van de aanvullende- en tandartsverzekeringen bekend te maken.

PAAR DAGEN NA 12 NOVEMBER

9. VANAF WANNEER KAN IK ZORGVERZEKERINGEN GAAN VERGELIJKEN DOOR BIJVOORBEELD EEN ZORGVERGELIJKER TE GEBRUIKEN?

Omdat de meeste verzekeraars wachten tot 12 november met het bekendmaken van de nieuwe
premie(s) en voorwaarden, kan het enkele dagen duren voordat een zorgvergelijker al deze
informatie heeft verwerkt en getest. Houd daarom rekening met enkele dagen voordat alle premies en voorwaarden van alle verzekeraars beschikbaar zijn in de vergelijker.

31 DECEMBER EN 31 JANUARI

10. TOT WANNEER KAN IK EEN NIEUWE VERZEKERING AANVRAGEN?

Je kan je huidige zorgverzekering opzeggen tot en met 31 december. Je kan overstappen naar een andere zorgverzekering vanaf 12 november 2026 tot en met januari 2027. De nieuwe verzekering gaat dan in op 1-1-2027.

11. KAN IK IN JANUARI 2027 MIJN ZORGVERZEKERING NOG WIJZIGEN?

Je mag in januari jouw zorgverzekering niet meer opzeggen. En mag je jouw basisverzekering en
eigen risico niet meer wijzigen. Maar bij een aantal verzekeraars mag je tot 1 februari wel jouw
aanvullende - en/of tandartsverzekering wijzigen. De wijziging moet dan wel uiterlijk op 31 januari door de verzekeraar zijn ontvangen.

NATURAPOLIS VERSUS EEN NATURA POLIS

12. WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN EEN NATURAPOLIS EN EEN COMBINATIEPOLIS?

Bij een naturapolis krijg je de volledige vergoeding alleen bij zorgverleners met wie jouw verzekeraar een contract heeft. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan krijg je meestal slechts een deel van de kosten vergoed. De vergoeding ligt dan vaak tussen de 75
Een combinatiepolis biedt meer keuzevrijheid: voor sommige zorg geldt het natura-principe, maar voor andere zorg kun je zelf je zorgverlener kiezen en krijg je volledige vergoeding.

13. HEB IK MET EEN NATURAPOLIS WEL OF GEEN VRIJE ARTSENKEUZE?

Met een naturapolis kan je zelf kiezen uit gecontracteerde zorgaanbieders. Wil je naar een
zorgaanbieder waarmee jouw zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten? Dat kan, maar dan
betaal je een deel van de kosten zelf. In jouw polis staat hoe hoog de vergoeding is.

14. HOE ZIT DAT MET DE COMBINATIEPOLIS?

Bij een naturapolis krijg je de volledige vergoeding alleen bij zorgverleners met wie jouw verzekeraar een contract heeft. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan krijg je meestal slechts een deel van de kosten vergoed. De vergoeding ligt dan vaak tussen de 75 en 80 procent van de kosten. Bij sommige polissen zelfs maar 50 tot 60 procent. Een combinatiepolis biedt meer keuzevrijheid: voor sommige zorg geldt het natura-principe, maar voor andere zorg kun je zelf je zorgverlener kiezen en krijg je volledige vergoeding.

15. WORDT ZORG DOOR EEN NIET -GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER ALTIJD VOLLEDIG VERGOED?

Als je naar een zorgverlener gaat waar jouw zorgverzekeraar geen contract mee heeft afgesloten, dan bestaat de kans dat je een deel van de rekening zelf moet betalen.

MEER OVER HET EIGEN RISICO

16. WAT IS HET VERSCHIL TUSSEN EEN EIGEN BIJDRAGE EN EEN EIGEN RISICO?

Eigen bijdrage en eigen risico zijn verschillende dingen. Het verplichte eigen risico geldt voor de
meeste zorg in het basispakket. Voor sommige zorg wordt een eigen bijdrage gevraagd. Dit kan een vast bedrag zijn of een percentage van de kosten. Bijvoorbeeld voor orthopedische schoenen, hoortoestellen en ziekenvervoer. Hier wordt het verschil nog eens nader toegelicht.

17. WAT IS DE HOOGTE VAN HET VERPLICHTE EIGEN RISICO?

Het verplicht eigen risico stijgt in 2027 naar € 400, -. Het eigen risico kan (meestal in stappen van € 100, -) verhoogd worden tot € 900, -. Hiermee wordt de te betalen maandpremie lager.

18. KAN IK OOK EEN ZORGVERZEKERING AFSLUITEN ZONDER EIGEN RISICO DOOR MEER TE BETALEN?

Het is niet mogelijk het eigen risico af te kopen.

19. BETAAL IK EIGEN RISICO VOOR DE HUISARTS?

Je betaalt geen eigen risico voor een bezoek aan de huisarts of een medische handeling door een huisarts. Medicijnen en bijvoorbeeld (bloed)onderzoek die de huisarts voorschrijft, vallen wel onder het eigen risico.

20. BETAAL IK EIGEN RISICO VOOR DE HUISARTSENPOST?

Ook voor een bezoek aan de huisartsenpost is geen eigen risico verschuldigd. Wel wanneer die
bijvoorbeeld medicijnen of een (bloed)onderzoek voorschrijft.

21. BETAAL IK EIGEN RISICO VOOR MEDICIJNEN?

Je betaalt een eigen risico voor medicijnen die in de basisverzekering zitten. Dit eigen risico betaal je naast een mogelijke eigen bijdrage voor medicijnen. Op de website www.medicijnkosten.nl kan je informatie vinden over de vergoeding van geneesmiddelen. Je kan hier onder meer nalezen:

- of jouw medicijn in het basispakket van de zorgverzekering zit;
- welke kosten meetellen voor jouw eigen risico;
- wat eventueel jouw eigen bijdrage is;
- of er een goedkoper medicijn is dat je wel helemaal krijgt vergoed.

22. BETAAL IK EIGEN RISICO VOOR DE SPOEDEISENDE HULP?

Voor een bezoek aan de spoedeisende hulp geldt het eigen risico.

23. BETAAL IK EIGEN RISICO VOOR WIJKVERPLEGING?

Voor wijkverpleging hoef je geen eigen risico of eigen bijdrage te betalen. Dit wordt volledig vergoed door de basisverzekering. Let wel goed op of de door jou gewenste wijkverpleging is gecontracteerd door jouw verzekeraar.

24. MOET IK HET EIGEN RISICO IN 1 KEER BETALEN?

Bij (vrijwel) alle verzekeraars is het mogelijk om het eigen risico in termijnen te voldoen. Bij de
meeste verzekeraars kan je dit ook vooruit betalen, nog voordat je bij een zorgverlener bent
geweest. Blijk je toch geen of weinig zorg nodig te hebben gehad, dan krijgt je het (niet gebruikte deel van) het eigen risico weer terug. Het vooruitbetalen van het eigen risico moet je wel aanvragen vóór 1 februari 2025. Het eigen risico wordt dan in 10 maandelijkse termijnen van je rekening afgeschreven.

25.IS FYSIOTHERAPIE OPGENOMEN IN HET BASISPAKKET?

Fysiotherapie is voor een deel opgenomen in het basispakket. Wat er vergoed wordt hangt af van jouw leeftijd en de reden waarom de fysiotherapie noodzakelijk is. In hoofdlijnen is het als volgt geregeld:

- Jongeren tot 18 jaar krijgen de eerste 9 behandelingen voor fysiotherapie en oefentherapie vergoed. Indien deze behandelingen niet het gewenste resultaat hebben, dan vergoedt de zorgverzekeraar eventueel meer behandelingen (max. 9).
- Voor patiënten van 18 jaar en ouder met een chronische aandoening wordt fysiotherapie en oefentherapie vergoed vanaf de 21e behandeling. Je betaalt de eerste 20 behandelingen dus zelf. Deze 20 behandelingen gelden per aandoening en niet per kalenderjaar. Heb je een aanvullende verzekering met daarin een (nog niet gebruikte) fysiovergoeding? Dan kan je die aanwenden om (een deel) van de 1e twintig behandelingen mee te betalen. Je behandelaar weet of jouw aandoening valt onder deze vergoeding.

Benieuwd naar wat de overheid zegt over fysiotherapie en oefentherapie in het basispakket? Klik hier. De lijst met chronische aandoeningen die in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de basisverzekering vindt u hier.

MEER OVER DE BASISVERZEKERING

26. MOETEN KINDEREN OOK EEN ZORGVERZEKERING AFSLUITEN?

Ja, kinderen moeten ook een zorgverzekering afsluiten. Dus als je kindje eenmaal geboren is, moet je die aanmelden bij jouw verzekeraar. Het kindje kan worden bijgeschreven op de polis van een de ouders. De aanvullende dekking van de verzekerde ouder is ook voor het kind van toepassing. Het is verstandig om je kindje op de polis bij de hoogst verzekerde ouder te laten bijschrijven. De aanmelding moet binnen 4 maanden zijn geregeld.

27. WAAR MOET IK OP LETTEN ALS MIJN KIND EEN BEUGEL NODIG HEEFT? EN WORDT DIT BETAALD UIT DE BASISVERZEKERING?

Behoudens enkele uitzonderingen, wordt orthodontie (de beugel) voor minderjarigen niet vergoed uit de basisverzekering. Veel verzekeraars bieden hiervoor een budget binnen hun aanvullende (tandarts)verzekering. De hoogte van het budget is niet bij iedere verzekeraar gelijk en afhankelijk van het gekozen pakket.

Het is belangrijk bij de orthodontist na te gaan (via een offerte) hoeveel de hele behandeling gaat kosten. Verzekeraars willen ook altijd een offerte zien, voordat ze akkoord gaan en overgaan tot betaling.

Let op! Houd er rekening mee dat de meeste verzekeraars, zeker bij hoge dekkingen, een medische selectie of wachttijd hanteren. Veel verzekeraars hanteren een jaar wachttijd. Je dient dan eerst een jaar verzekerd te zijn voor orthodontie voordat je de kosten vergoed krijgt.

28. IS EEN KUNSTGEBIT OPGENOMEN IN HET BASISPAKKET?

Een kunstgebit wordt één keer per 5 jaar voor 75% vergoed uit de basisverzekering. Dat betekent dus dat je, naast het eigen risico, 25% van de kosten zelf moet betalen. Moet een kunst - of klikgebit worden gerepareerd of opnieuw passend worden gemaakt (rebasen), dan wordt dit voor 90% vergoed door de basisverzekering. De overige 10% is je eigen bijdrage. Het is mogelijk om de eigen bijdrage voor een kunstgebit vergoed te krijgen via een aanvullende - of tandartsverzekering.
Let op: Als je een natura basisverzekering hebt, moet je naar een gecontracteerde zorgverlener. Niet iedere tandarts of tandprotheticus is gecontracteerd.

29. IS EEN NIEUWE HEUP OPGENOMEN IN HET BASISPAKKET?

Wanneer een nieuwe heup is geadviseerd door de specialist en de verzekeraar hiervoor akkoord
heeft gegeven, wordt de operatie vergoed uit de basisverzekering. Wel betaal je hiervoor het eigen risico.

30. ZIJN MEDISCHE HULPMIDDELEN OPGENOMEN IN HET BASISPAKKET?

Hulpmiddelen die nodig zijn voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging worden vergoed uit het basispakket. Dit geldt niet meer voor eenvoudige loopmiddelen, zoals krukken of een rollator. Als je blijvend hulpmiddelen nodig hebt, bijvoorbeeld vanwege een handicap, dan krijg je deze meestal van jouw gemeente.

TIP: Als je rekening niet volledig wordt vergoed, kan het niet -vergoede deel mogelijk in de aangifte Inkomstenbelasting (IB) kunnen worden opgenomen. Zie vraag 34 voor meer informatie.

31. IS ZIEKENVERVOER OPGENOMEN IN HET BASISPAKKET VAN DE ZORGVERZEKERING?

Je krijgt ziekenvervoer vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Het moet dan wel gaan om medisch noodzakelijk vervoer. Soms betaal je een eigen bijdrage afhankelijk van het soort vervoer. Kijk in je polis of je zelf de vervoerder mag kiezen.

32.ZIJN ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN VERZEKERD IN DE BASISVERZEKERING

Alternatieve geneeswijzen en -middelen worden vergoed uit sommige aanvullende verzekeringen tot een maximum per jaar en een maximum per dag of sessie.

33.ZIJN BRILLEN VERZEKERD IN DE BASISVERZEKERING?

Normaal gesproken wordt dit niet uit het basispakket vergoed. Dit geldt alleen voor speciale lenzen of bijzondere optische hulpmiddelen zoals een telescoopbril, ptosisbril of verrekijkerloep. En dan alleen met een medische indicatie. Voor een gewone bril of lenzen zijn de kosten voor eigen rekening Als je een aanvullende dekking hebt afgesloten waar een brilvergoeding in is opgenomen, dan kan je dat hiervoor gebruiken.

34. ZIJN GEHOORAPPARATEN VERZEKERD IN DE BASISVERZEKERING?

Hoortoestellen worden onder voorwaarden vergoed uit de basisverzekering. Zo moet er bijvoorbeeld een minimaal gehoorverlies zijn van 35 decibel (dB). Er vindt geen volledige vergoeding plaats uit de basisverzekering. Deze is maximaal 75%. De overige 25% is eigen bijdrage. Er bestaan aanvullende verzekeringen die deze eigen bijdrage geheel of gedeeltelijk vergoeden.

Verwar deze eigen bijdrage niet met het eigen risico. Je betaalt eerst j e eigen bijdrage. En voor het bedrag dat wordt vergoed betaal je eerst je eigen risico.

Voorbeeld :

- Je koopt op advies van de audicien een hoortoestel van € 900
- Vervolgens stuur je de nota naar jouw verzekeraar
- Je betaalt eerst een eigen bijdrage van 25%, dat komt neer op € 900 x 25% = € 225. Er blijft nu € 675 over
- Stel, je hebt nog geen gebruik gemaakt van je eigen risico. We gaan er in dit voorbeeld van uit dat je alleen voor het verplichte eigen risico van € 385 hebt gekozen
- Van de resterende € 675 gaat eerst nog die € 385 af. Er blijft nu nog over € 675 - € 385 = € 290
-

Uiteindelijk betaal je dan € 225 eigen bijdrage en € 385 uit eigen zak. De resterende € 290 wordt
betaald door de verzekeraar.

OVERSTAPPEN

35. IK BEN NET 18 GEWORDEN. MO ET IK NU OVERSTAPPEN?

Vanaf het moment dat je 18 jaar wordt, ben je niet meer gratis meeverzekerd met jouw ouders. Vanaf dat moment heb je de gelegenheid om een eigen zorgverzekering af te sluiten of bij je huidige verzekeraar van pakketten te wisselen. Uiterlijk een maand na de 18e verjaardag moet dit geregeld zijn. De ingangsdatum is altijd de eerste van de maand na je verjaardag. Jongeren hebben meestal niet zoveel zorg nodig en hebben meestal genoeg aan een basisverzekering met verhoogd eigen risico, zonder aanvullende verzekeringen. Dit verschilt uiteraard per situatie. Veel jongeren kiezen ervoor om zich bij dezelfde verzekeringsmaatschappij als hun ouders te verzekeren. Dit hoeft niet altijd de beste optie te zijn. Het is dan ook verstandig om de verschillende zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken. **Let op**, als je niets aangeeft bij de verzekeraar, krijg je automatisch de aanvullende pakketten die je ouder(s) ook hebben. Dit kan behoorlijk in de papieren lopen. En dat terwijl je die aanvullende dekkingen misschien helemaal niet nodig hebt.

36. MAG EEN ZORGVERZEKERAAR MIJ WEIGEREN VOOR DE BASISVERZEKERING?

Iedere zorgverzekeraar is wettelijk verplicht jou te accepteren voor de basisverzekering. Je mag dus nooit geweigerd worden, ongeacht je leeftijd of gezondheidssituatie. De verzekeraar mag je wel weigeren voor een aanvullende verzekering. De meeste verzekeraars kennen echter voor de meeste van hun aanvullende verzekeringen geen acceptatievragen.

37. MAG IK OVERSTAPPEN ALS IK EEN PREMIE -ACHTERSTAND HEB BIJ MIJN HUIDIGE ZORGVERZEKERAAR?

Overstappen naar een andere verzekeraar is niet mogelijk als je een premie - achterstand hebt bij jouw huidige verzekeraar. Het is niet toegestaan om een zorgverzekering op te zeggen wanneer je de verschuldigde premies (nog) niet hebt betaald. Je huidige zorgverzekering loopt gewoon door waarbij je het recht op medische zorg behoudt.

38. IS OVERSTAPPEN GRATIS?

Verzekeraars vragen geen extra vergoeding wanneer je vertrekt of als nieuwe klant aanmeldt.

39. MAG IK OVERSTAPPEN ALS IK NOG EEN BETALINGSREGELING HEB VAN MIJN EIGEN RISICO BIJ MIJN HUIDIGE ZORGVERZEKERAAR?

Nog openstaande eigen risico betalingen moet je uiteraard nog wel voldoen aan de oude
verzekeraar, maar dit staat een overstap niet in de weg.

40. IK STA MOMENTEEL ONDER BEHANDELING IN HET ZIEKENHUIS. KAN IK NU WEL OVERSTAPPEN VAN ZORGVERZEKERAAR?

Het is mogelijk om te veranderen van zorgverzekering tijdens een lopende behandeling in het
ziekenhuis of de ggz. Voor die behandeling gelden de polisvoorwaarden van de verzekeraar waar je verzekerd was bij de start van de behandeling. Ben je van plan over te stappen en ben je onder behandeling? Geef dit altijd aan bij jouw adviseur. Die kan je hier meer over vertellen.

41. IK GEBRUIK MEDICIJNEN, IS HET VERSTANDIG OM OVER TE STAPPEN NAAR EEN ANDERE ZORGVERZEKERAAR?

Voor medicijnen hanteren zorgverzekeraars een preferentiebeleid. Een preferentiebeleid betekent dat voor ieder medicijn de zorgverzekeraar een voorkeursmedicijn kiest binnen een groep medicijnen met dezelfde werkzame stof. Iedere zorgverzekeraar heeft een eigen beleid. Als je overstapt naar een andere zorgverzekeraar kan dit als gevolg hebben dat je een ander medicijn krijgt geleverd. En dat je niet zomaar jouw oude medicijn geleverd krijgt. Informeer vooraf over het preferentiebeleid van de andere zorgverzekeraar. Laat je bij jouw keuze niet alleen leiden door de premie.

FINANCIEEL EN ZORGTOESLAG

42. IS MIJN ZORGTOESLAG IEDER JAAR HETZELFDE?

Afhankelijk van onder meer jouw inkomen, wordt bepaald of je recht hebt op zorgtoeslag. De hoogte van de (maximale) toeslag wordt ieder jaar opnieuw vastgesteld. Wil je weten of je in aanmerking komt voor zorgtoeslag? Kijk voor meer informatie op de site van de belastingdienst.

43. KAN IK ZORGKOSTEN VIA DE AANGIFTE INKOMSTENBELASTING AFTREKKEN?

Onder voorwaarden is het mogelijk bepaalde zorgkosten af te trekken in de aangifte inkomstenbelasting. Soms mag je ook de kosten aftrekken die je voor anderen maakt. Kijk voor meer informatie op de site van de Belastingdienst.

44. KAN IK MIJN ZORGVERZEKERING STOPZETTEN ALS IK DIE NIET KAN BETALEN?

Het is niet mogelijk om de basisverzekering stop te zetten. Ook niet als je de premie niet kunt
betalen. De basisverzekering is wettelijk verplicht. Het afnemen van een aanvullende zorgverzekering is wel vrijwillig en dus niet verplicht.

45. MAG EEN ZORGVERZEKERAAR MEER GELD AAN MIJ VRAGEN VOOR DE BASISVERZEKERING ALS IK EEN SLECHTE GEZONDHEID HEB?

De premie voor de basisverzekering staat los van jouw gezondheidssituatie. Hiervoor mag de
verzekeraar geen extra premie vragen. Dit is wettelijk zo vastgelegd.

46. IK WIL GRAAG BESPAREN OP MIJN ZORGVERZEKERING: KAN DAT?

Het is zeker mogelijk om te besparen op je zorgverzekering. Een van de eerste dingen die je moet bedenken is dat een besparing op de zorgverzekering nooit mag leiden tot hogere kosten dan nodig wanneer je een beroep moet doen op je zorgverzekering. Kies dus altijd de voor jou best passende zorgverzekering:

- Bedenk welke zorg je echt nodig hebt. Waar maak je nu veel gebruik van? Of waar ga je veel gebruik van maken? Past je huidige zorgverzekering nog bij wat je nodig hebt? Als je dit weet, kun je gericht zoeken naar de juiste zorgverzekering.
- Als je weet welke zorg belangrijk voor je is, kijk dan of je die aanvullend kan verzekeren. Er bestaan diverse aanvullende verzekeringen. Richt je niet alleen op de premie en benodigde aanvullende zorg. Zorg ervoor dat je de juiste beslissing neemt, zodat je later niet voor verrassingen komt te staan met behandelaars die niet jouw voorkeur hebben of onverwacht hoge kosten rekenen.
- Vraag advies aan een van onze adviseurs. Zij kunnen je helpen de beste zorgverzekering te kiezen met vragen die zij stellen. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur op telefoonnummer 088 – 000 83 33.

VIDEO'S

Deel 1: Hoe werkt het zorgverzekering stelsel in Nederland?
Deel 2: Eigen risico en eigen bijdrage
Deel 3: Wat doen stijgende zorgkosten met de zorgpremie en eigen risico?
Deel 4: Het verschil tussen een naturapolis en een combinatiepolis
Deel 5: Tips voor de zorgverzekering

Deze vragen zijn met grote zorgvuldigheid door UPIVA beantwoord op basis van informatie van
onder meer de Rijksoverheid. Desondanks kunnen er geen rechten aan worden ontleend. Bekijk altijd de polisvoorwaarden voor de exacte vergoedingen. Je kan ons ook bellen 088 – 000 83 33.