Tips voor het kiezen van de juiste zorgverzekering

De juiste zorgverzekering kiezen begint bij het inschatten van de zorg die je komend jaar nodig hebt. Bekijk daarom goed wat de basisverzekering vergoedt en of aanvullende verzekeringen bij jouw zorgbehoeften passen.

Met de zorgvergelijker van UPIVA vergelijk je eenvoudig verschillende zorgverzekeringen en vind je de verzekering die bij jouw situatie past. Onze medewerkers helpen je graag met advies en praktische tips.

- **Collectieve zorgverzekering**

Wellicht bestaat er een mogelijkheid om je aan te melden bij een zorgcollectief, bijvoorbeeld via je werkgever. Jouw zorgverzekering kan wat goedkoper uitvallen of de vergoedingen in de aanvullende dekkingen kunnen ruimer zijn dan de regulieren pakketten bij de verzekeraar.

- **Kies de juiste basisverzekering**

Er zijn drie soorten basisverzekeringen: budget-, natura- en combinatiepolissen. Het verschil zit vooral in de afspraken met zorgverleners. Een budgetpolis is vaak het voordeligst, maar biedt minder keuze uit gecontracteerde zorgverleners. Kies je een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan kan het zijn dat je een deel van de kosten zelf betaalt. Dit geldt voor geplande zorg, niet voor spoedeisende hulp.

- **Maak ook een vergelijking voor u alleen**

Veel gezinnen kiezen voor één gezamenlijke polis, maar dat is niet altijd de voordeligste optie. Jullie zorgbehoeften kunnen verschillen en bij een andere verzekeraar kan je partner beter uit zijn. Vergelijk daarom ook individueel de zorgverzekeringen om voor ieder de beste keuze te maken.

- **Betalingskorting**

Indien het binnen je financiële mogelijkheden ligt, is het een optie om te besluiten de zorgpremie per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks te voldoen. Sommige zorgverzekeraars bieden namelijk een betalingskorting aan voor deze keuze. De omvang van deze korting kan variëren en is afhankelijk van de specifieke zorgverzekeraar.

- **Eigen risico**

Voor zorg die onder de basisverzekering valt, geldt een eigen risico. Dit eigen risico houdt in dat je een vast bedrag per jaar zelf dient te betalen voordat je zorgkosten worden vergoed door je zorgverzekeraar.
Het standaard eigen risico bedraagt €400,- en is voor iedereen gelijk. Je hebt echter de optie om je eigen risico vrijwillig te verhogen. Dit kan in stappen van €100,- tot een maximum van €500,-. Als je verwacht weinig zorgkosten te hebben, kun je ervoor kiezen om je eigen risico te verhogen. Dit heeft als voordeel dat je lagere zorgpremies betaalt. Houd er echter rekening mee dat als je je eigen risico verhoogt tot €900,- en je toch hoge zorgkosten hebt, je dit bedrag zelf zult moeten betalen. In veel gevallen is het mogelijk om het eigen risico in termijnen te voldoen.

- **Medische ingrepen huisarts**

Bepaalde medische procedures kunnen worden uitgevoerd door je huisarts. Het voordeel hiervan is dat je bij de huisarts geen eigen risico hoeft te betalen. Een voorbeeld hiervan is het inbrengen van een spiraaltje. In dit geval worden uitsluitend de kosten van het spiraaltje in rekening gebracht.

- **Tandartsverzekering**

Ben je van plan om een kostbare tandheelkundige behandeling te ondergaan? Dan is het verstandig om allereerst te onderzoeken welke kosten jouw zorgverzekeraar vergoedt. Overweeg eventueel om de behandeling uit te stellen, zodat je aan het einde van het jaar een meer uitgebreide dekking kunt selecteren. Hierdoor ben je wellicht beter voorbereid op de kosten van de behandeling. Let er wel op dat er voor hoge dekkingen vaak een medische verklaring nodig is.

- **Verzeker je kind bij de ouder met de hoogste dekking**

Kinderen jonger dan 18 jaar worden zonder extra kosten meeverzekerd voor de basisverzekering. Ze worden op dezelfde dekking meegenomen als die van de hoofdverzekerde of de ouder met de meest uitgebreide verzekering. Dit geldt doorgaans ook voor aanvullende verzekeringen. Niettemin brengt een enkele zorgverzekeraar wel kosten in rekening voor kinderen onder de 18 jaar.
In gevallen waarin beide ouders afzonderlijke zorgpolissen hebben, is het aan te raden om de kinderen toe te voegen aan de polis van de ouder met de meest uitgebreide dekking. Dit kan voordelig zijn voor zaken zoals orthodontie en fysiotherapie.

- **Wachttijd op Orthodontie**

Heb je jonge kinderen en wordt een beugel in de toekomst verwacht? Dan is het verstandig om hier alvast rekening mee te houden. Voor de meeste orthodontievergoedingen geldt namelijk een wachttijd van één jaar. De tandarts kan vaak al vroeg inschatten of een beugel nodig zal zijn. Zo kun je op tijd kijken welke aanvullende verzekering het beste aansluit bij de verwachte kosten.

- **Medicijnen**

Gebruik je medicijnen en wil je overstappen naar een andere zorgverzekeraar? Controleer dan eerst welke medicijnen de verzekeraar vergoedt. Zorgverzekeraars hebben vaak een preferentiebeleid. Dit betekent dat zij per groep gelijkwaardige medicijnen één voorkeursmerk aanwijzen. Gebruik je een ander merk of een andere variant? Dan krijg je deze mogelijk niet vergoed. Op de website van de zorgverzekeraar kun je eenvoudig controleren welke medicijnen worden vergoed.

- **Medische kosten in het buitenland**

De basisverzekering vergoedt zorgkosten in het buitenland tot het Nederlandse tarief. Zijn de kosten hoger? Dan kun je dit verschil verzekeren via een aanvullende zorg- of reisverzekering. Laat je goed adviseren om dubbele dekking of onverwachte kosten te voorkomen.

- **Wel of geen aanvullende verzekering?**

Verwacht je weinig zorgkosten in het komende jaar? Kijk dan goed of een aanvullende verzekering nodig is. Vergelijk de premie met de zorgkosten die je verwacht te maken. Soms ben je voordeliger uit door bepaalde kosten zelf te betalen.

Dit geldt bijvoorbeeld voor een tandartsverzekering. Het kan goedkoper zijn om twee controles per jaar zelf te betalen dan hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten. Zo voorkom je dat je betaalt voor een dekking die je nauwelijks gebruikt.

- **Zorgverzekering vanaf 18 jaar**

Zodra je 18 jaar wordt, ben je zelf verantwoordelijk voor het betalen van je zorgverzekering. Je hebt dan twee keuzes: je blijft verzekerd op de polis van je ouders of je kiest een eigen zorgverzekering.
Blijf je op de polis van je ouders? Dan kun je het pakket aanpassen aan je eigen wensen. Vanaf de eerste dag van de maand na je verjaardag betaalt de hoofdverzekerde de premie.
Liever een eigen zorgverzekering? Dan kun je binnen één maand na je verjaardag overstappen naar een andere verzekeraar. Zodra je nieuwe aanvraag is geaccepteerd, wordt je oude verzekering automatisch opgezegd.

Vanaf je 18e kun je ook zorgtoeslag aanvragen. Als je aan de voorwaarden voldoet, ontvang je maandelijks een bijdrage om een deel van je zorgpremie te betalen.

Heb je vragen over bovenstaande tips of wil je liever persoonlijk advies? Geen probleem, wij helpen je graag! Bel onze adviseurs op 088 – 000 83 33. Of stel je vraag per mail via zorg@upiva.nl