



LYMEVERENIGING KEUZEWIJZER ZORGVERZEKERING VOOR 2025

Houd je dezelfde zorgverzekering, verander je aanvullende verzekeringen of stap je over op een andere zorgverzekering? Dit is het moment om aandacht te besteden aan je zorgverzekering. Inmiddels zijn alle premies en pakketten bekend. De premies verschillen per pakket en per zorgverzekeraar.

Alles overziend zijn er twee trends waar te nemen.

In de eerste plaats worden de aanvullende pakketten van de verzekeraars verder uitgekleeft, waarbij de vergoedingen voor fysiotherapie het zwaarst te lijden hebben: het aantal behandelingen wordt (nog verder) beperkt, je fysiotherapeut krijgt te maken met (nog) strengere voorwaarden, sommige aanvullende pakketten worden duurder en andere worden afgeschaft. (Hier vind je meer info: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2025/dekking-fysiotherapie-in-zorgverzekering-verder-uitgekleeft-in-2025>, en hier vind je alle voorwaarden van alle verzekeraars op een rijtje: <https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/fysiotherapie>).

Bottom line: wie fysiotherapie nodig heeft moet daarvan een groter deel zelf betalen. Zoals verderop nog uitgebreid aan de orde komt: vraag jezelf goed af of de mogelijke vergoedingen vanuit een aanvullend pakket voor jou wel opweegt tegen de extra premie.

Een tweede trend is dat de restitutiepolis, die de afgelopen jaren al steeds verder uit beeld verdween, nu is verdwenen. Je kunt nu nog kiezen tussen een budgetpolis, een naturapolis en een combinatiepolis. Met name bij naturapolissen zijn er beperkingen ten aanzien van de ziekenhuizen waar je naartoe kunt. Soms zijn alleen gespecialiseerde ziekenhuizen gecontracteerd. Ook bij leveranciers van hulpmiddelen gelden beperkingen.

Door het afschaffen van de restitutiepolis krijgen de verzekeraars (nog) meer invloed op de vraag wáár hun verzekerden hun zorg afnemen, en kunnen ze bij de aanbieders lagere prijzen bedingen. Als je zorg afneemt van een aanbieder die met jouw verzekeraar geen contract heeft, moet je een flink deel van de rekening zelf betalen.

Een ontwikkeling die we al tien jaar zien, is die van de stijging van de premie voor de basisverzekering. Sinds 2015 is die gestegen van gemiddeld € 99 naar gemiddeld € 158.

De Keuzewijzer Zorgverzekering van de Lymevereniging

De Keuzewijzer helpt je bij het nemen van je beslissing. Je kunt je huidige zorgverzekering nog opzeggen tot 31 december. Als je een nieuwe verzekering afsluit, dan zegt je nieuwe verzekeraar automatisch je oude verzekering op.

Officieel kun je je verzekering opzeggen tot 31 december en daarna nog wachten met een nieuwe basisverzekering tot 31 januari 2025. Dan gaat die met terugwerkende kracht per 1 januari in. Maar als je in januari zorgkosten hebt, dan kan dat gedoe geven, dus sluit je verzekering liever af voor 31 december 2024. (Bij een aanvullende verzekering kan de verzekeraar je vragen om een gezondheidsverklaring in te vullen, en je vervolgens weigeren, dus als jij een aanvullende verzekering belangrijk vindt, regel dan je nieuwe polis in elk geval ruim voor 31 december.)

De Werkgroep Juridische Belangenbehartiging van de Lymevereniging maakt jaarlijks de Keuzewijzer Zorgverzekering; daarmee kun je in veertien stappen kiezen wat voor jou de beste zorgverzekering is.

Eerder hebben bijna tachtig mensen met lyme informatie met ons gedeeld over hun ervaringen met zorgverzekeraars. Daarnaast hebben artsen, andere behandelaren en verzekeringsadviseurs ons informatie gegeven. Na de publicatie van de eerdere versies in de afgelopen zes jaar hebben we feedback ontvangen, die we hebben verwerkt. Heb jij nu feedback voor ons, laat het dan weten. Vast bedankt daarvoor! We hopen dat we je met deze Keuzewijzer op weg helpen om de zorgverzekering af te sluiten die voor jou het best is.

De Zorgverzekeringswet is behoorlijk complex, en daarnaast kun je te maken krijgen met allerlei andere wetten (Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning en talrijke internationale afspraken). Op deze pagina geeft Zorgwijzer antwoord op uiteenlopende vragen op deze gebieden: <https://www.zorgwijzer.nl/faq>

Her en der in de tekst zie je staan: 'Bij belastingaftrek'. Dat betekent dat er een tip volgt voor mensen die hun zorgkosten willen aftrekken van de inkomstenbelasting. Dat kan heel interessant zijn, met name wanneer je een hoog inkomen hebt. Je moet tevens hoge zorgkosten hebben, want er geldt een drempelbedrag waaronder je niets mag aftrekken. Hier vind je alle voorwaarden:

https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privere relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/

Heb je geen hoog inkomen?

Voer toch je zorgkosten op en kijk of je misschien iets terugkrijgt. En zelfs als je zo'n laag belastbaar inkomen hebt dat je weinig of helemaal geen belasting betaalt, kun je het best tóch je zorgkosten opvoeren. Want als je door die aftrek van zorgkosten heffingskortingen misloopt (kortingen die veel mensen krijgen op de te betalen belasting), dan berekent de belastingdienst voor jou hoeveel heffingskorting jij had gekregen zónder die zorgkosten, en dan wordt dat bedrag contant aan je uitbetaald (dat heet 'tegemoetkoming specifieke zorgkosten'). Afhankelijk van de omstandigheden kan dat een bedrag van meer dan duizend euro zijn.

In maart komt de werkgroep met een gedetailleerd overzicht van alle mogelijkheden voor chronische patiënten om zorgkosten af te trekken.

Opmerking vooraf over VGZ

De afgelopen jaren is de werkgroep gebleken dat met name de VGZ-zorgverzekeringsmerken (VGZ, IZZ, IZA, UMC Zorgverzekering, Univé, Zekur en Bewuzt) zeer gekant zijn tegen vergoeding van antibioticabehandelingen bij persisterende lymeklachten. Als antibiotica een optie is voor jou en je behandelaar, dan adviseren wij je om VGZ en de aan VGZ verbonden merken te vermijden.

Dan komen hier de veertien stappen voor het kiezen van je polis. Veel succes!

1 Naturapolis, combinatiepolis of budgetpolis?

Dit is een ingewikkelde kwestie, die steeds ingewikkelder wordt. Het probleem is de combinatie van marktwerking met een systematiek die is ontworpen voor gezonde mensen, door gezonde mensen.

Zoals gezegd: de restitutiepolis, waarbij je zelf de keus had naar welke reguliere dokter of zorginstelling je wilde gaan, bestaat niet meer. Met een combinatiepolis heb je qua artsen vrije keuze, maar niet op gebied van GGZ en wijkverpleging: daar ben je aangewezen op de partijen met wie jouw verzekeraar een overeenkomst heeft. Met een naturapolis word je daarnaast ook nog in je artsenkeuze beperkt. Als je lyme hebt, is het vaak al niet eenvoudig om een arts te vinden die je wil behandelen. Met een naturapolis loop je daarbij tegen extra beperkingen aan. Vraag je goed af of de besparing per maand daartegen opweegt. (Bij de derde variant, de budgetpolis, heb je nog minder keuze. Daarom raadt de werkgroep een budgetpolis sterk af.)

Verzekeraars sluiten voor geplande zorg (nieuwe knie, staaroperatie) contracten met ziekenhuizen af per specialisme. Het kan dus gebeuren dat orthopedie wel een contract heeft, maar interne geneeskunde niet. Als er geen contract is, moet je naar een andere arts of zorginstelling gaan, of je krijgt maar een deel vergoed (meestal moet je ongeveer een kwart zelf betalen, maar dat kan oplopen tot de helft). Als je een naturapolis hebt, is het daarom goed om vóóordat je naar een arts of instelling gaat, te checken of je zorgverzekering een contract heeft. (Bij niet-geplande zorg, dus wanneer je huisarts je na het consult meteen doorstuurt naar het ziekenhuis, worden de kosten van elk ziekenhuis door elke verzekeraar vergoed.)

Er zijn ook verzekeraars die 'omzetplafonds' aan de ziekenhuizen opleggen. Als er voor dat bedrag behandeld is, moet het ziekenhuis stoppen. Als het omzetplafond op 30 september is bereikt – dat zou op dat moment in de 'zorgzoeker' zichtbaar moeten zijn – dan mogen de naturapolispatiënten van die verzekeraar niet meer naar dat ziekenhuis, maar moeten ze ergens anders naartoe. In hoeverre patiënten verantwoordelijk zijn voor vooraf het checken van de beschikbare ruimte tot aan het omzetplafond, is voorshands onduidelijk (het kan bijvoorbeeld goed zijn dat jij jouw afspraak voor 1 oktober al in juli hebt gemaakt, terwijl het omzetplafond op 30 september bereikt wordt).

Veel lymepatiënten zijn in behandeling bij een arts die een eigen praktijk heeft. Deze behandelaar is opgeleid tot dokter, maar is vaak 'basisarts', dus geen huisarts of specialist. Voorbeelden zijn dokter Deutsch, dokter Fierlafijn, dokter Kingma, dokter Korbee, dokter

Van Meerendonk en dokter Schroeter. Of je een 'vrije keus'-verzekering hebt of niet, maakt hierbij niet uit: veel zorgverzekeringen vergoeden een consult van deze dokters alleen als 'alternatieve geneeswijze'. Dat is nadelig, want voor alternatieve geneeswijzen moet je een aanvullende verzekering hebben en er geldt een maximale vergoeding (zie bij punt 3).

Alle geregistreerde artsen staan in het BIG-register:

<https://zoeken.bigregister.nl/zoeken/kenmerken>. Als je behandelaar niet in dit register is opgenomen, krijg je sowieso geen vergoeding vanuit de basisverzekering. De meeste verzekeraars geven alleen een vergoeding als er in het register bij jouw arts een vermelding staat van een specialisme, bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde of interne geneeskunde. Een basisarts, natuurgeneeskundig arts of orthomoleculair arts staat doorgaans alleen als 'arts' in dit register; dan staat er geen specialisme vermeld, en dan worden de kosten dus door veel verzekeraars niet vergoed (behalve als alternatieve geneeswijze, punt 3).

Bij belastingaftrek: als je verzekeraar een vergoeding weigert, en jij betaalt zelf, dan mag je die kosten onder voorwaarden aftrekken van de belasting. Maar als jouw verzekeraar geen contract heeft met jouw behandelaar voor zorg die in het basispakket valt, en je moet om die reden een deel zelf betalen, dan mag je die kosten *niet* aftrekken van de belasting. Jouw eigen aandeel in de betaling van niet gecontracteerde zorg die valt onder een aanvullende verzekering mag je weer *wel* aftrekken.

https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privere relatie_familie_en_gezondheid/gezondheid/aftrek_zorgkosten/voorwaarden_aftrek_zorgkosten

2 Neem je een aanvullende verzekering?

Bekijk goed of het voor jou voordelig is om aanvullende verzekeringen te nemen, bijvoorbeeld voor de tandarts of de fysiotherapeut. Soms is het goedkoper om de zorgkosten die je maakt zelf te betalen, in plaats van per maand te betalen voor een aanvullende verzekering. **Bij belastingaftrek** geldt dat in nog sterkere mate, want je kunt de premie voor je aanvullende verzekering *niet* aftrekken, maar de kosten voor de tandarts en de fysiotherapeut *wel*.

Het ligt voor de hand om een aanvullende verzekering af te sluiten bij dezelfde verzekeraar als je basispakket, maar dat hoeft niet. Als je een basispakket en een aanvullende verzekering hebt bij verzekeraar A, en je besluit om voor je basispakket te switchen naar verzekeraar B, maar je aanvullende verzekering bij A te handhaven, dan mag dat. En sommige verzekeraars verkopen ook aanvullende pakketten aan verzekerden die elders reeds een verzekering voor hun basispakket hebben afgenomen. Hier lees je meer over de voors en tegens van een losse tandartsverzekering en over de mogelijkheden die je daarvoor hebt: <https://www.tandartsverzekering.nl/info/losse-tandartsverzekering.html>

De basisverzekering vergoedt grotere aantallen (meer dan twintig) behandelingen fysiotherapie alleen bij bepaalde chronische aandoeningen, en lyme zit daar niet bij. Als je ook een andere chronische aandoening hebt, kun je daarvoor misschien wél fysiotherapie krijgen die vergoed wordt. Lees de voorwaarden van de verzekeraar daarom goed. Hier vind je de complete lijst: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-01-01#Bijlage1>. (Let op: deze vergoeding geldt pas vanaf de *eenentwintigste* behandeling; de eerste twintig behandelingen moet je zelf betalen of declareren via een aanvullende verzekering.)

Voor fysiotherapie kun je een aanvullende verzekering afsluiten. Aandachtspunten:

- Het aantal fysiotherapie behandelingen dat wordt vergoed, verschilt sterk per polis.
- Er zijn aanvullende verzekeringen waarbij je vrije keuze hebt, er zijn ook verzekeringen waarbij je niet zomaar naar elke fysiotherapeut kunt. Als je per se naar een bepaalde fysiotherapeut wilt, is het verstandig om van tevoren te checken of de verzekeraar die vergoedt.
- Veel aanvullende verzekeringen werken met een 'behandelindex', waardoor je bij bepaalde klachten maximaal een bepaald aantal behandelingen vergoed krijgt. Als je dan meer behandelingen nodig hebt, moet je dat zelf betalen. Soms worden aanvullende behandelingen geweigerd door de fysiotherapeut, ook als je zelf de rekening betaalt, omdat de betreffende therapeut anders ongunstig scoort in de monitors van de verzekeraars. Je kunt dan voor het vervolg van je behandeling worden doorverwezen naar een andere fysiotherapeut, of je kunt voor de overblijvende klachten opnieuw een intakegesprek doen met je fysiotherapeut (waarvoor je een rekening krijgt) en die klachten vervolgens weer laten behandelen binnen de behandelindex.
- De vereniging van fysiotherapeuten heeft een checklist gemaakt die je kunt gebruiken om te bepalen welke (aanvullende) verzekering voor jou de beste keuze is: <https://defysiotherapeut.com/goed-verzekerd/checklist/>.

3 Neem je een aanvullende verzekering voor alternatieve behandelingen?

Onder 'alternatieve behandeling' valt doorgaans:

- Elke behandeling van een arts die niet in het basispakket zit (bijvoorbeeld een arts die werkt met acupunctuur)
- Behandelingen die worden uitgevoerd door iemand die geen arts of paramedicus is (maar bijvoorbeeld een homeopathisch therapeut).
- Meestal wordt ook de behandeling door een dokter met een eigen praktijk die geen huisarts is en ook geen medisch specialist, vergoed als alternatieve behandeling.

De meeste aanvullende pakketten die alternatieve behandeling vergoeden, vergoeden die tot een maximaal bedrag per dag of per consult én tot een maximaal bedrag per jaar. Als je het eerste maximum overschrijdt maar het tweede niet, kun je misschien in overleg met je behandelaar de consulten zo inrichten dat je vaker een korter consult hebt, zodat je onder het maximum per dag blijft.

Veel verzekeraars vergoeden alleen alternatieve behandelingen door behandelaars die zijn aangesloten bij een door hen erkende beroepsvereniging – en ook dat kan elk jaar wijzigen. Deze informatie vind je op de website van de verzekeraar.

Hieronder vind je de vergoedingen per verzekeraar en per pakket voor natuurgeneeskunde, homeopathie, acupunctuur en neuuraaltherapie.

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/natuurgeneeskunde>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/homeopathie>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/acupunctuur>

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/neuraaltherapie>

Hier vind je informatie over de vergoedingen van diensten van orthomoleculair geneeskundigen:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/orthomoleculaire-geneeskunde.aspx>.)

Veel verzekeraars vergoeden in hun aanvullende pakket wel het consult van een alternatieve arts, en soms zelfs de voorgeschreven medicijnen, maar niet de 7 euro voor het uitschrijven van een recept van een nieuw geneesmiddel; of het adviesgesprek in de apotheek bij dit middel.

Dit zijn de drie polissen met de ruimste dekking voor alternatieve behandeling:

ONVZ Optifit: € 550 (tot € 50 per dag)

NN Compleet: € 500 (tot € 50 per dag)

Menzis ExtraVerzorgd 3: € 500 (tot € 40 per dag)

Een overzicht met alle vergoedingen voor alternatieve geneeswijzen vind je hier:

<https://www.zorgwijzer.nl/vergoeding/alternatieve-geneeswijzen>.

4 Is er iemand die veel zorg voor je verricht?

Als bijvoorbeeld je ouders of je partner voor je zorgen, dan is het goed om te weten dat er aanvullende verzekeringen zijn die bijvoorbeeld een vergoeding geven als er vervanging moet komen, omdat de mantelzorger op vakantie wil of ziek is. Er zijn verzekeringen die € 1.000 of meer per jaar vergoeden voor deze vervangende mantelzorg; andere aanvullende verzekeringen vergoeden bijvoorbeeld maximaal 14 dagen vervangende mantelzorg per jaar. Daarnaast kunnen aanvullende verzekeringen bijvoorbeeld cursussen voor de mantelzorger vergoeden. [Alles over wat aanvullende verzekeringen vergoeden rondom mantelzorg](#).

5 Heeft je gemeente een speciale zorgverzekering?

In heel veel gemeenten kunnen mensen met een laag inkomen en weinig bezit een zorgverzekering via de gemeente afsluiten. [Check hier of jouw gemeente zo'n verzekering aanbiedt](#). De ene gemeente werkt samen met een andere zorgverzekeraar dan de andere en ook de korting die je krijgt met een laag inkomen of als chronische zieke verschilt per gemeente. De gemeentepolissen worden steeds duurder ten opzichte van een gewone verzekering, en de pakketten worden jaarlijks verder versoberd. Via de link kun je het aanbod in jouw gemeente vergelijken met je huidige zorgverzekering. De zorgverzekering via de gemeente is niet altijd de beste keuze. Maar als je veel gebruik maakt van zorg, dan ben je meestal goedkoper uit dan bij andere verzekeringen. N.B. Kijk wel of er een restitutiepolis bij zit. Die heeft echt de voorkeur.

De bedragen lopen erg uiteen per gemeente: Zo betaal je in Middelburg voor de meest uitgebreide polis 173,23 euro per maand, terwijl je in Maastricht 223,65 euro kwijt bent. Ook bij polissen met nagenoeg dezelfde dekking kun je in de ene plaats enkele tientjes per maand duurder uit zijn dan in de andere.

Hier vind je meer informatie over gemeentepolissen:

<https://www.poliswijzer.nl/zorgverzekering/kennisbank/zorg-verzekerd-via-een-gemeentepolis>

6 Vergelijk het aanbod op een vergelijkingssite

Als je via de bovenstaande vragen weet wat voor jou belangrijk is, dan kun je via een vergelijkingssite kijken wat voor jou de beste zorgverzekering is. Met al deze vijf sites hadden wij positieve ervaringen: www.zorgverzekeringwijzer.nl, www.independer.nl, www.zorgwijzer.nl, www.zorgkiezer.nl, en <https://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering>. Al deze vergelijkingssites krijgen een premie van zorgverzekeraars als je via die vergelijkingssite overstapt.

- Independer is onderdeel van zorgverzekeraar Achmea, daardoor zou je kunnen twifelen aan hun objectiviteit. We hebben daar echter geen concrete aanwijzingen voor.
- Zorgwijzer geeft geen kortingen op zorgverzekeringen. Dat maakt ze misschien het meest onafhankelijk.
- Zorgkiezer zet zich in voor meer openheid, om te komen tot betere zorg en lagere kosten. In 2013 publiceerde Zorgkiezer als eerste alle tandartstarieven en in 2017 de tarieven van ziekenhuizen.
- De Consumentenbond zet de premies die men van zorgverzekeraars ontvangt in voor acties om de zorg te verbeteren.

Als je het al moeilijk genoeg vindt, dan kies je gewoon één van deze sites. Als je het nog grondiger wilt checken, dan kijk je of je via één van de andere vergelijkingssites een nog betere zorgverzekering kunt vinden.

Als je een naturapolis of budgetpolis overweegt (zie punt 1): op alle vergelijkingssites hebben we onjuistheden gevonden bij de vraag of een zorgverzekeraar een contract heeft met een bepaalde zorgaanbieder of niet. Dus je kunt op deze informatie niet vertrouwen. Als je zeker wilt weten of je zorgverlener een contract heeft met de verzekeraar, zoek dat dan op de website van de verzekeraar zelf (dus niet op de vergelijkingssite) en maak een foto of een print van het scherm met het antwoord. Nog lang niet alle contracten zijn afgesloten, dus niet alle informatie is compleet. Heel veel contracten worden ook pas in 2025 afgesloten.

7 Kinderen

Voor kinderen geldt dat zij geen premie hoeven te betalen voor de basis- en aanvullende verzekering. Zij zijn dus gratis meeverzekerd via één van de ouders.

Maak hierin een slimme keuze en verzeker de kinderen mee op de polis van de ouder die de meest ruime dekkingen heeft en met name dekkingen waar het kind ook daadwerkelijk wat aan heeft. Denk aan: alternatieve geneeswijzen, orthodontie of een bril.

8 Ben je lid van de Lymevereniging en/of een andere patiëntenvereniging?

Sommige zorgverzekeraars vergoeden de contributie van patiëntenverenigingen. Dat kun je [hier checken](#) (de Lymevereniging is lid van Leder(in) en we zijn tevens aangesloten bij de Patiëntenfederatie, voorheen NPCF). Maar er zijn ook lymepatiënten die ons hebben laten weten: als mijn verzekeraar weet voor welke aandoening ik word behandeld, dan stoppen ze met het vergoeden van de behandeling. Als je meerdere aandoeningen hebt en van meer patiëntenverenigingen lid bent, kan het verstandig zijn om de contributie van een andere patiëntenvereniging op te voeren.

9 Heeft je verzekeraar kortingsregelingen?

De collectiviteitskortingen op het basispakket zijn met ingang van 2023 afgeschaft. De kortingen voor de mensen die verzekerd zijn via bijvoorbeeld hun werkgever, moesten worden opgehoest door mensen zonder werkgever, en de staatssecretaris heeft de onrechtvaardigheid hiervan ingezien.

Voor de aanvullende pakketten zijn er nog steeds collectiviteitskortingen voor wie is aangesloten bij een vakbond, een werkgever, een sportvereniging, een beroepsvereniging of een ouderenbond. Wij hebben van verschillende kanten gehoord dat verzekeraars niet controleren of je er ook echt toe behoort.

Check wel of je met die collectiviteitskorting iets opschiet, want wij horen geregeld verhalen van mensen die – zelfs inclusief die korting – meer betalen voor zo'n collectieve verzekering dan ze zouden betalen als ze gewoon zelf een polis hadden uitgekozen.

Hier vind je meer info over collectiviteitskortingen:

<https://www.independer.nl/zorgverzekering/info/collectieve-zorgverzekering>.

10 Kun je je korting krijgen als je je verzekering afsluit via een vergelijkingswebsite?

Bij een aantal vergelijkingswebsites kun je op een aantal verzekeringen korting krijgen als je de verzekering via hen afsluit; dat geldt voor Independer, Consumentenbond en Zorgkiezer.

11 Wil je je eigen risico zo laag mogelijk houden?

Het eigen risico staat volgend jaar onveranderd op € 385. Daar kom je niet onderuit. Je kunt ervoor kiezen om dit vrijwillig te verhogen. Als je lyme hebt, heb je waarschijnlijk geregeld zorgkosten en dan is het voordeliger om dit eigen risico niet te verhogen.

12 Wil je je eigen risico gespreid betalen?

Kun je je eigen risico niet in één keer betalen? Maak dan een afspraak met je zorgverzekeraar om het bedrag gespreid te betalen. Meestal moet je hier zelf contact voor opnemen met je zorgverzekeraar, en doorgaans moet dat aan het begin van het jaar. Het verschilt per verzekeraar wat de mogelijkheden zijn. Bij [independer.nl](https://www.independer.nl) geeft de vergelijkingstool aan bij welke verzekeraars dat kan. Als dit voor jou belangrijk is, neem dan contact op met de verzekeraar die je op het oog hebt voordat je eventueel overstapt.

13 Geeft je verzekering korting bij jaarbetaling?

Op een spaarrekening krijg je niet veel rente. Dus als je het geld hebt of kunt lenen van iemand in je omgeving: veel verzekeraars geven 1% of 2% en sommige zelfs 3% korting als je de premie niet per maand, maar per jaar betaalt. Stel dat je met aanvullende verzekeringen erbij € 1.800 per jaar betaalt en je krijgt 2% korting, dan scheelt dat € 36.

[Overzicht van korting bij jaarbetaling per verzekeraar](#)

14 Zeg je verzekering pas op nadat je geaccepteerd bent bij je nieuwe zorgverzekeraar.

Voor de basisverzekering geldt een verplichte acceptatie, maar voor aanvullende verzekeringen mogen de verzekeraars iemand weigeren of een wachttijd hanteren of aanvullende gezondheidsvragen stellen. Geef bij een acceptatieprocedure altijd eerlijk

antwoord op alle vragen, maar beantwoord alleen de vragen die gesteld worden. Geef geen uitgebreide verklaring, dat is nergens voor nodig. In dit [overzicht staat welke zorgverzekeraars acceptatieregels toepassen](#).

We wensen je veel succes.