

WFT ZORG **BEREKENINGEN**





WFTsamenvattingen

Alphen aan den Rijn

Alle rechten voorbehouden

Deze uitgave is met veel zorg samengesteld. De juistheid van de gegevens is mede afhankelijk van informatie die ons door derden is verstrekt. WFTsamenvattingen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden.

© Copyright: dit document is auteursrechtelijk beschermd. Het is verboden dit document te verspreiden, te vermenigvuldigen of op een andere wijze openbaar te maken zonder schriftelijke toestemming van WFTsamenvattingen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Zorgverzekeringen	2
3. Premie berekenen	3
4. Premierestitutie berekenen	8
5. Regeling wanbetalers	10
6. Aanvullend verzekeringen	12
7. Schade uitkering	15
8. Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeringen	24
9. Ongevallenverzekeringen	25
10. Verzekeringen algemeen	27

1. Inleiding

Algemene toelichting

Dit document bestaat uit twee onderdelen: Wft Zorgverzekeringen Berekeningen en Wft Zorg Adviestraject.

Wft Zorgverzekeringen Berekeningen

In dit document lichten we per onderwerp de benodigde rekenvaardigheden toe. We lichten een stukje theorie toe, vermelden de formules, en passen dit vervolgens toe in voorbeeldberekeningen. Zo maak jij je op een snelle en eenvoudige wijze alle benodigde rekenvaardigheden eigen.

Wij houden bij het maken van deze berekeningen rekening met de kandidatenbrochure van het College Deskundigheid Financiële Dienstverlening (CDFD). Zij zijn verantwoordelijk voor het opstellen van de toetstermen en de invulling van het daadwerkelijke Wft Basis Examen.

Numerieke vragen

Kenmerken:

Op het examen moet je bij numerieke vragen een getal of een bedrag berekenen en invullen in het aangegeven vak. De berekening hoeft niet te worden toegevoegd. Als je het juiste antwoord hebt ingevuld, dan krijg je de maximale score. In veel gevallen is er een zekere foutmarge. De marge verschilt per vraag, en wordt niet vermeld.

Beantwoorden:

Bij numerieke vragen kunnen alleen getallen, punten en komma's worden ingevuld. De tekens % en € staan voor of achter het invoerveld en worden niet door jou ingevuld.

- Gebruik in het geval van decimalen achter de komma een komma-teken, geen punt-teken.
- Een punt-teken mag alleen worden gebruikt bij duizendtallen. Het gebruik hiervan is niet verplicht.

Antwoord afronden:

Bij numerieke vragen staat aangegeven op welke wijze het antwoord moet worden afgerond.

Kom je uit op een geheel bedrag?	Vul twee nullen achter de komma in.
Kom je uit op een niet geheel bedrag?	Vul twee cijfers achter de komma in.

Tijdens het berekenen van numerieke vragen rond je in principe niet tussentijds af. **Uitzondering!** De enige uitzondering op deze regel komt voor bij vragen die te maken hebben met de Belastingdienst. De Belastingdienst rondt tussentijds af in het voordeel van de consument. Deze regel wordt daarom ook toegepast op het echte Wft Basis Examen. Wij passen deze regel daarom ook toe in hieronder staande berekeningen.

Wft Zorgverzekeringen Adviestraject

In dit document bespreken wij het adviestraject voor zorgverzekeringen. Je leert met dit document de geleerde theorie in de praktijk toe te passen. Dit document helpt je met de voorbereiding op de 'vaardigheden & professionaliteit' vragen op het Wft Zorg Examen.

2. Zorgverzekeringen

Soorten zorgverzekeringen

Wet langdurige zorg (Wlz): deze wet regelt een volksverzekering die van rechtswege tot stand komt, en zich hoofdzakelijk richt op langdurige zorg. Het gaat hierbij om verzorging en verpleging ('care'). De criteria om in aanmerking te komen zijn: verzekerde heeft langdurige zorg nodig, waarbij er 24 uur zorg in de nabijheid van de verzekerde aanwezig moet zijn, óf verzekerde heeft langdurige zorg nodig waarbij permanent toezicht noodzakelijk is.

Zorgverzekeringswet (Zvw): deze wet regelt een zorgverzekering voor medische zorg en richt zich hoofdzakelijk op behandeling en genezing ('cure'). De zorgverzekering is algemeen bekend onder de aanduiding 'basisverzekering'. Voor de Zvw geldt een verzekeringsplicht. Iedereen die op grond van Wlz verzekerd is, is ook verplicht om een zorgverzekering te sluiten. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht.

Aanvullende ziektekostenverzekeringen: deze verzekeringen kan men sluiten voor zorg die niet gedekt is onder de Wlz of Zvw. Het gaat om een afzonderlijke en vrijwillige overeenkomst. Denk aan: fysiotherapie, tandarts, bril/lenzen, alternatieve geneeswijzen etc. Let op: voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar.

3. Premie berekenen

Premie zorgverzekering

De verzekerde betaalt op twee manieren voor zijn zorgverzekering:

- **Nominale premie** = een vast bedrag dat de verzekerde voor zijn zorgverzekering betaalt. Verzekerden tot 18 jaar betalen geen nominale premie. Zij betalen premie op de eerste van de maand, ná de maand waarin ze 18 jaar zijn geworden (voorbeeld: kind wordt op 15 maart 18 jaar - premie gaat in op 1 april).
- **Inkomensafhankelijke bijdrage** = een percentage over het bijdrage-inkomen dat via het loon (werknemers) of op aanslag (zelfstandigen) wordt geïnd. De volgende inkomsten tellen mee bij de berekening van het bijdrage-inkomen:
 - Loon (werknemer)
 - Pensioen (voormalig werknemer)
 - Sociale uitkering
 - Inkomen uit onderneming (zelfstandig ondernemer)
 - Inkomen uit overige werkzaamheden (freelancer, alfahulp)
 - Periodieke uitkering (alimentatie, lijfrente)

Maandpremie berekenen

$$\text{Maandpremie} = \text{premie zorgverzekering} + \text{premie aanvullende verzekering(en)}^*$$

* indien van toepassing.

Bij zorgverzekeringen wordt er bij de vaststelling van de premie geen poliskosten in rekening gebracht. Ook is de assurantiebelasting niet van toepassing op zorgverzekeringen.

Voorbeeld 1:

Premietabel:

Zorgverzekering		
Vrijwillig eigen risico	Naturapolis	Restitutiepolis
€ 0	€ 105	€ 120
€ 100	€ 100	€ 115
€ 200	€ 95	€ 110
€ 300	€ 90	€ 105
€ 400	€ 85	€ 100
€ 500	€ 80	€ 95

X. is 25 jaar en wenst een zorgverzekering te sluiten op basis van restitutie, met een vrijwillig eigen risico van € 300.

Hoeveel bedraagt de maandpremie?

Je kunt de maandpremie aflezen uit de premietabel 'Zorgverzekering'.

Ga onder vrijwillig eigen risico naar de regel met € 300, ga vervolgens naar rechts naar de kolom 'restitutiepolis'.

De maandpremie bedraagt **€ 105,00**.

Voorbeeld 2:

Gezinssituatie:

Vader
Moeder
2 kinderen onder 18 jaar

Wensen:

Vader: Naturapolis – Vrije keuze, geen vrijwillig eigen risico
Moeder: Naturapolis – Goede keuze, vrijwillig eigen risico van € 400

Premietabel:

Zorgverzekering			
Vrijwillig eigen risico	Naturapolis - Goede keuze	Naturapolis - Vrije keuze	Restitutiepolis
€ 0	€ 105	€ 115	€ 120
€ 100	€ 100	€ 110	€ 115
€ 200	€ 95	€ 105	€ 110
€ 300	€ 90	€ 100	€ 105
€ 400	€ 85	€ 95	€ 100
€ 500	€ 80	€ 90	€ 95

Hoeveel bedraagt de maandpremie voor dit gezin?

Vader: € 115

- **Zorgverzekering:** aflezen uit de premietabel 'Zorgverzekering' bij een vrijwillig eigen risico € 0, en dan onder 'Naturapolis – Vrije keuze'.

Moeder: € 85

- **Zorgverzekering:** aflezen uit de premietabel 'Zorgverzekering' bij een vrijwillig eigen risico € 400, en dan onder 'Naturapolis – Goede keuze'.

Kinderen: voor kinderen onder de 18 jaar hoeft geen premie betaald te worden. Zij zijn automatisch meeverzekerd op de verzekering van hun ouders. De kinderen moeten wel worden aangemeld bij de verzekeraar.

Totale maandpremie = € 115 + € 85 = **€ 200,00**

Voorbeeld 3:

Gezinssituatie:

Stel

Wensen:

Meneer: Naturapolis – Goede keuze, vrijwillig eigen risico € 500
 Aanvullende verzekering: Tand-Best

Mevrouw: Restitutiepolis, vrijwillig eigen risico € 100
 Aanvullende verzekering: Aanvullend-Beter, Tand-Goed

Premietabel:

Zorgverzekering			
Vrijwillig eigen risico	Naturapolis - Goede keuze	Naturapolis - Vrije keuze	Restitutiepolis
€ 0	€ 105	€ 115	€ 120
€ 100	€ 100	€ 110	€ 115
€ 200	€ 95	€ 105	€ 110
€ 300	€ 90	€ 100	€ 105
€ 400	€ 85	€ 95	€ 100
€ 500	€ 80	€ 90	€ 95

Aanvullende verzekering			Aanvullende tandartsverzekering		
Aanvullend - Goed	Aanvullend - Beter	Aanvullend - Best	Tand - Goed	Tand – Beter	Tand - Best
€ 7,50	€ 20	€ 30	€ 10	€ 17,50	€ 35

Hoeveel bedraagt de maandpremie voor dit stel?

Meneer: € 80 + € 35 = € 115

- **Zorgverzekering:** € 80, aflezen uit de premietabel 'zorgverzekering' bij een vrijwillig eigen risico € 500 en dan onder 'Naturapolis – Goede keuze'.
- **Aanvullende verzekering:** € 35, aflezen uit de premietabel 'aanvullende tandartsverzekering' bij 'Tand – Best'.

Mevrouw: € 115 + € 20 + € 10 = € 145

- **Zorgverzekering:** € 115, aflezen uit de premietabel 'zorgverzekering' bij een vrijwillig eigen risico € 100 en dan onder 'Restitutiepolis'.
- **Aanvullende verzekering:**
 - € 20, aflezen uit de premietabel 'aanvullende verzekering' bij 'Aanvullend – Beter'.
 - € 10, aflezen uit de premietabel 'aanvullende tandartsverzekering' bij 'Tand – Goed'.

Totale maandpremie = € 115 + € 145 = € 260,00

Jaarpremie berekenen

Jaarpremie = jaarpremie zorgverzekering + jaarpremie aanvullende verzekering*

Jaarpremie zorgverzekering = maandpremie zorgverzekering x 12 maanden

Jaarpremie aanvullende verzekering = maandpremie aanvullende verzekering x 12 maanden

* indien van toepassing.

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Maandpremie zorgverzekering: € 115

Maandpremie tandartsverzekering: € 10

Maandpremie aanvullend: € 15

Hoeveel bedraagt de premie per jaar?

Jaarpremie = (€ 115 + € 10 + € 15) x 12 maanden = **€ 1.680,00**

Premie vooruit betalen/premiekorting

Als je de premie vooruit betaalt dan krijg je bij de meeste verzekeraars een korting op de premie. Je kunt de premie bijv. per kwartaal, half jaar of per jaar betalen.

Stap 1: Bereken de korting

$Korting = (maandpremie \times duur^*) \times kortingspercentage$

* Duur = kwartaal, half jaar of jaar

Stap 2: Bereken de premie

$Premie \text{ per aangegeven duur} = (maandpremie \times duur^*) - korting$

* Duur = kwartaal, half jaar of jaar

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Premiekorting	
Betalingsfrequentie	Kortingspercentage
Per kwartaal	1%
Per half jaar	1,5%
Per jaar	3%

Maandpremie:

Zorgverzekering: € 115

Hoeveel premie betaalt de klant als hij de premie in één keer voor het gehele jaar betaalt?

Stap 1: Korting = (€ 115 x 12 maanden) x 3% = € 41,40

Stap 2: Premie per 12 maanden = (€ 115 x 12 maanden) – € 41,40 = **€ 1.338,60**

Voorbeeld 2:

Gegevens:

Premiekorting	
Betalingsfrequentie	Kortingspercentage
Per kwartaal	1%
Per half jaar	1,5%
Per jaar	3%

Maandpremie:

Zorgverzekering: € 115

Hoeveel premie betaalt de klant als hij de premie in één keer voor een half jaar betaalt?

Stap 1: Korting = $(€ 115 \times 6 \text{ maanden}) \times 1,5\% = € 10,35$

Stap 2: Premie per 6 maanden = $(€ 115 \times 6 \text{ maanden}) - € 10,35 = \text{€ } 679,65$

Voorbeeld 3:

Gegevens:

Zorgverzekering € 104,95 per maand

Verplicht eigen risico: € 385

Vrijwillig eigen risico: € 500 (premiëkorting per € 100 vrijwillig eigen risico is € 3 per maand)

Hoeveel bedraagt de jaarpremie?

Premiëkorting = $€ 3 \times 12 \text{ maanden} \times 5 = € 180$ per jaar

Jaarpremie zorgverzekering = $(€ 104,95 \times 12) - € 180 = \text{€ } 1.079,40$

Hoeveel bedraagt de maandpremie?

Maandpremie = $€ 1.079,40 / 12 = € 89,95$ ofwel $€ 104,95 - (5 \times € 3) = \text{€ } 89,95$

4. Premierestitutie berekenen

Tussentijds beëindigen van de zorgverzekering

De verzekeringnemer mag de zorgverzekering tussentijds opzeggen in de volgende situaties:

- **Kind gaat op zichzelf wonen:** kind wordt zelf verzekeringnemer van de nieuwe overeenkomst. De oude verzekering moet door de ouders worden opgezegd. De ouders zijn namelijk verzekeringnemer van deze overeenkomst. Als de nieuwe zorgverzekering al is ingegaan, geldt een opzegtermijn.
- **Scheiding:** de verzekerde wil een eigen zorgverzekering sluiten, en niet meer samen op één polis staan met de ex-partner die de overeenkomst gesloten heeft. De ex-partner moet de verzekering opzeggen. Als de nieuwe zorgverzekering al is ingegaan, geldt een opzegtermijn.
- **Werkgeverscollectiviteit:** bij wisseling van werkgever kan de zorgverzekering in de meeste gevallen tussentijds worden opgezegd. Voorwaarde is wel dat de verzekeringnemer zowel bij de oude als nieuwe werkgever deelneemt aan de collectieve verzekering van de werkgever. Het is geen wettelijk recht om in deze situatie op te mogen zeggen.

De zorgverzekering eindigt in de volgende situaties op grond van een wettelijke bepaling (van rechtswege):

- **Overlijden:** de zorgverzekering eindigt de dag van overlijden om 00:00 uur.
- **Einde verzekeringsplicht:** de verzekeringsplicht eindigt als de verzekerde in militaire dienst treedt, of als de verzekerde uit Nederland vertrekt. In het laatste geval zal de zorgverzekeraar extra onderzoek verrichten omdat het woonland niet in alle gevallen ook het verzekeringsland betreft.
- **Verhuizing buiten werkgebied verzekeraar:** als de verzekerde naar buiten het werkgebied van de verzekeraar verhuist, dan eindigt de verzekering op de 1^e dag van de 2^e kalendermaand volgend op de datum van verhuizing. Verzekeringnemer en zorgverzekeraar mogen ook een eerdere beëindigingsdatum afspreken.
- **Intrekken vergunning zorgverzekeraar:** de zorgverzekeraar dient de verzekeringnemer hiervan ten minste 2 maanden vóór het einde van de zorgverzekering persoonlijk op de hoogte te brengen. De zorgverzekeraar dient hierbij de datum en reden van beëindiging te vermelden.

Premierestitutie bij maandbetaling

$$\text{Premierestitutie} = (\text{maandpremie} / \text{aantal dagen in de maand}) \times \text{aantal dagen geen premie verschuldigd}$$

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Verzekerde overlijdt op 18 mei.

Maandpremie: € 115

Welk bedrag aan premie wordt gerestitueerd?

Er is premie verschuldigd over de eerste 18 dagen van de maand.

De maand mei heeft 31 dagen.

Er wordt over (31 dagen – 18 dagen =) 13 dagen premie gerestitueerd.

Premierestitutie = (€ 115 / 31 dagen) x 13 dagen = € 48,23

Premierestitutie bij kwartaal/halfjaar/jaarbetalings

Stap 1: Bepaal de maandpremie

Maandpremie = kwartaalpremie / 3 maanden

Maandpremie = halfjaarpremie / 6 maanden

Maandpremie = jaarpremie / 12 maanden

Let op: bij het bepalen van de maandpremie ga je uit van de kwartaal/halfjaar/jaarpremie inclusief korting.

Stap 2: Bepaal het aantal volledige maanden dat gerestitueerd moet worden

Aantal te restitueren maanden = totaal aantal betaalde maanden – toekomstige betaalde maanden

Stap 3: Bereken het bedrag aan restitutie voor de toekomstige maanden

Te restitueren bedrag toekomstige maanden = aantal te restitueren maanden x maandpremie

Stap 4: Bepaal het te restitueren bedrag voor de lopende maand

Te restitueren bedrag lopende maand = (maandpremie / aantal dagen in de maand) x aantal dagen geen premie verschuldigd

Stap 5: Bepaal het totaal te restitueren bedrag

Totaal te restitueren bedrag = te restitueren bedrag toekomstige maanden + te restitueren bedrag lopende maand

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Verzekerde overlijdt op 18 mei.

Jaarpremie: € 1.338,60

Welk bedrag aan premie wordt gerestitueerd?

Stap 1: Maandpremie = € 1.338,60 / 12 maanden = € 111,55

Stap 2: Restitutie over hele maanden = van juni t/m december = 7 maanden

Stap 3: Restitutie over hele maanden = € 111,55 x 7 maanden = € 780,85

Stap 4: Er is premie verschuldigd over de eerste 18 dagen van de maand. De maand mei heeft 31 dagen.

Er wordt over (31 dagen – 18 dagen =) 13 dagen premie gerestitueerd.

Restitutie mei = (€ 111,55 / 31 dagen) x 13 dagen = € 46,78

Stap 5: Totale premierestitutie = € 780,85 + € 46,78 = **€ 827,63**

5. Regeling wanbetalers

Regeling wanbetalers

Procedure voor wanbetaling Zvw:

- Verzekeringnemer ontvangt een betalingsherinnering om de premie te voldoen (bijv. binnen 14 dagen).
- Bij uitblijven van de betaling volgt een aanmaning. Hierin biedt de verzekeraar de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen.
- Blijft de betaling na de aanmaning ook uit? Dan zullen de aanvullende verzekeringen worden beëindigd. Ook volgt er na ongeveer twee maanden nog een aanmaning voor betaling van de zorgverzekering.
- Als na vier maanden nog geen betaling is ontvangen, volgt de laatste aanmaning. De zorgverzekeraar wijst de verzekeringnemer erop dat bij uitblijven van de betaling hij wordt aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- Na 6 maanden wordt de wanbetaler aangemeld bij het CAK. Let op: de verzekeringnemer blijft recht houden op dekking van de zorgverzekering.

Gevolgen aanmelding bij het CAK:

- Verzekering blijft bestaan bij de eigen verzekeraar. De aanvullende ziektekostenverzekering en tandartsverzekering worden beëindigd.
- Het is niet mogelijk om de zorgverzekering te wijzigen of te beëindigen. Dit kan pas als de volledige achterstand is ingelopen.
- Premie wordt niet langer aan de zorgverzekeraar betaald maar zal door het CAK worden geïncasseerd. Hierbij wordt de bestuursrechtelijke premie van € 165,70 (2023) in rekening gebracht. Deze premie is hoger dan de premie van de verzekeraar, en wordt ingehouden door de werkgever of uitkeringsinstantie. Als dit niet mogelijk is dan ontvangt de verzekeringnemer een betaalverzoek van het CJIB.

Berekenen extra kosten door wanbetaling

Stap 1: Bepaal de totale kosten in de wanbetalersregeling

Totale kosten wanbetaling = bestuursrechtelijke premie x aantal maanden in regeling + incassokosten*

* Incassokosten = de kosten die de zorgverzekeraar in rekening brengt vanwege de achterstand.

Stap 2: Bepaal de reguliere maandpremie gedurende dezelfde periode als in de wanbetalersregeling

Totale kosten reguliere premie = reguliere maandpremie x aantal maanden in regeling

Stap 3: Bepaal de extra kosten door deelname in de wanbetalersregeling

Extra kosten = totale kosten wanbetaling – totale kosten reguliere premie

Let op: aanvullende verzekeringen worden niet overgedragen naar het CAK. Bij een premieachterstand wordt de aanvullende verzekering in de meeste gevallen beëindigd. De premiebetaling stopt, en de dekking vervalt. Aanvullende verzekeringen worden dus niet meegenomen in de vergelijking.

Voorbeeld 1:

Gegevens:

X.

Kosten zorgverzekering: € 130 per maand

Duur deelname wanbetalersregeling: 4 maanden

Incassokosten: € 100

Hoeveel betaalt X meer ten gevolge van deelname in de wanbetalersregeling?

Stap 1: Totale kosten wanbetaling = $(€ 165,70 \times 4 \text{ maanden}) + € 100 = € 762,80$

Stap 2: Totale kosten reguliere premie = $€ 130 \times 4 \text{ maanden} = € 520$

Stap 3: Extra kosten = $€ 762,80 - € 520 = € 242,80$

Voorbeeld 2:

Gegevens:

X. en Y

Kosten zorgverzekering per persoon: € 130 per maand

Duur deelname wanbetalersregeling: 4 maanden (beiden)

Incassokosten: € 150

Hoeveel betalen X en Y meer ten gevolge van deelname in de wanbetalersregeling?

Stap 1: Totale kosten wanbetaling = $(€ 165,70 \times 4 \text{ maanden} \times 2 \text{ personen}) + € 150 = € 1.475,60$

Stap 2: Totale kosten reguliere premie = $€ 130 \times 4 \text{ maanden} \times 2 \text{ personen} = € 1.040$

Stap 3: Extra kosten = $€ 1.475,60 - € 1.040 = € 435,60$

6. Aanvullend verzekeringen

Aanvullende ziektekostenverzekeringen

Aanvullende verzekering = een vrijwillige verzekeringsovereenkomst die onder de regels van het BW valt. Met een aanvullende verzekering kan de verzekerde de dekking van zijn zorgverzekering naar behoefte uitbreiden.

Dekking: niet wettelijk geregeld, en daarmee lopen aanvullende verzekeringen wat betreft dekking sterk uiteen. De dekking van de aanvullende verzekering mag niet samenvallen met de wettelijke zorgaanspraken volgens de Zvw en Wlz. Nogmaals verzekeren van deze aanspraken heeft geen toegevoegde waarde.

Min of meer standaard rubrieken zijn:

- Alternatieve geneeswijzen
- Brillen/monturen/contactlenzen
- Fysiotherapie
- Kraamzorg

De omvang van de dekking verschilt per zorgverzekeraar.

Aanbod:

- **Pakketverzekering**: compleet pakket met vaste inhoud voor een specifieke doelgroep. Doelgroep is te herkennen aan de naam van de verzekering, denk aan: Jongeren, 50+, Gezinnen etc. Het aanbieden van pakketten voor doelgroepen zorgt ervoor dat de verzekering optimaal is afgestemd op de situatie van de verzekeringnemer. Dus geen dekking voor kraamzorg in een 50+ pakket.
- **Afzonderlijke onderdelen**: fysiotherapie, zorgkosten buitenland etc.

Berekenen: het is bij het bepalen of een aanvullende ziektekostenverzekering aantrekkelijk is, belangrijk dat je kunt berekenen wat de verwachte zorgkosten in het komende jaar zijn, en dit af te zetten tegen de kosten van de aanvullende verzekering.

Aanvullend verzekeren aantrekkelijk?

Stap 1: Jaarpremie aanvullende verzekering berekenen

$\text{Jaarpremie aanvullende verzekering} = \text{maandpremie aanvullende verzekering} \times 12 \text{ maanden}$

Stap 2: Kosten van behandelingen berekenen

$\text{Totale kosten behandelingen} = \text{kosten per behandeling} \times \text{aantal behandelingen}$

Stap 3: Vergoeding berekenen

$\text{Vergoeding} = \text{percentage of bedrag van de behandeling} \times \text{aantal behandelingen}$

Stap 4: Kosten die je zelf moet betalen berekenen

$\text{Kosten voor eigen rekening} = \text{totale kosten behandelingen} - \text{vergoeding}$

Stap 5: Totale kosten met verzekering berekenen

$\text{Totale kosten met verzekering} = \text{jaarpremie aanvullende verzekering} + \text{kosten die je zelf moet betalen}$

Stap 6: Bepalen of er voordeel of nadeel is aan het verzekeren

$\text{Voordeel of nadeel bepalen} = \text{totale kosten behandelingen} - \text{totale kosten met verzekering}$

Voorbeeld 1:

Gegevens:

X.

Verwacht 13 behandelingen fysiotherapie

Behandeling fysiotherapie: € 30

Gegevens aanvullende verzekeringen:

Premie per type aanvullende verzekering			
	Basis	Uitgebreid	Extra uitgebreid
Premie per maand	€ 10	€ 20	€ 35

Vergoedingen per type aanvullende verzekering			
	Basis	Uitgebreid	Extra uitgebreid
Alternatieve geneeswijzen	€ 100 per kalenderjaar	€ 250 per kalenderjaar	€ 500 per kalenderjaar
Bewegingszorg	10 behandelingen	15 behandelingen	25 behandelingen
Brillen en lenzen	Geen	€ 100	€ 250

Welke aanvullende verzekering past het beste bij X.?

Stap 1:

- Jaarpremie aanvullende verzekering basis = € 10 x 12 maanden = € 120
- Jaarpremie aanvullende verzekering uitgebreid = € 20 x 12 maanden = € 240
- Jaarpremie aanvullende verzekering extra uitgebreid = € 35 x 12 maanden = € 420

In deze opgave rekenen we verder met de jaarpremie van de aanvullende verzekering **basis** en **uitgebreid**. Binnen deze verzekeringen krijgt de verzekerde maximaal 10 of 15 behandelingen fysiotherapie vergoed.

Stap 2:

- Totale kosten behandelingen = 13 behandelingen x € 30 = € 390.

Stap 3:

- Basis aanvullende verzekering:** de kosten van 10 behandelingen worden volledig vergoed door de verzekeraar. In dit geval wordt er dus bij 10 behandelingen € 300 vergoed.
- Uitgebreide aanvullende verzekering:** de kosten van de behandelingen worden volledig vergoed door de verzekeraar. In dit geval wordt er dus bij 13 behandelingen € 390 vergoed.

Stap 4:

- Er komen geen kosten per behandeling voor eigen rekening.

Stap 5:

- Basis aanvullende verzekering:** de totale kosten bedragen de jaarpremie van de aanvullende verzekering + 3 behandelingen fysiotherapie = € 120 + (3 behandelingen x € 30) = € 210
- Uitgebreide aanvullende verzekering:** de totale kosten bedragen de jaarpremie van de aanvullende verzekering = € 240.

Stap 6:

- Voordeel aanvullende verzekering basis** = € 390 – € 210 = € 180
- Voordeel aanvullende verzekering uitgebreid** = € 390 – € 240 = € 150

In dit geval is het dus voor persoon X. het meest aantrekkelijk om een basis aanvullende verzekering af te sluiten.

Voorbeeld 2:

Gegevens X.:

Verwachte tandartskosten:	Periodieke controle 2 vullingen Tandsteen verwijderen Kroon plaatsen
Vergoedingen tandarts:	Periodieke controle € 25 Vulling plaatsen € 40 Tandsteen verwijderen € 10 Kroon plaatsen € 500

Gegevens aanvullende verzekeringen:

Premie en maximale vergoeding per type aanvullende tandartsverzekering			
	Basis	Uitgebreid	Extra uitgebreid
Premie per maand	€ 10	€ 20	€ 35
Maximale vergoeding per jaar	€ 250	€ 600	€ 1000

Vergoedingen per type aanvullende verzekering			
	Basis	Uitgebreid	Extra uitgebreid
Periodieke controle	100%	100%	100%
Vulling plaatsen	75%	100%	100%
Preventie (o.a. tandsteen verwijderen)	100%	100%	100%
Kroon plaatsen	75%	85%	100%

Welke aanvullende verzekering past het beste bij X.?

Stap 1:

- Jaarpremie aanvullende tandartsverzekering basis = € 10 x 12 maanden = € 120
- Jaarpremie aanvullende tandartsverzekering uitgebreid = € 20 x 12 maanden = € 240
- Jaarpremie aanvullende tandartsverzekering extra uitgebreid = € 35 x 12 maanden = € 420

In deze opgave rekenen we verder met de jaarpremie van de aanvullende tandartsverzekering **basis** en **uitgebreid**. Binnen deze verzekeringen krijgt de verzekerde maximaal € 250 of € 600 tandartskosten vergoed. Binnen de extra uitgebreide tandartsverzekering is de dekking veel groter dan de gemaakte kosten (zie hieronder bij stap 2). Je kunt dit nooit terugverdienen met een premieverhoging van € 15 per maand.

Stap 2:

- Totale kosten behandelingen = € 25 + (2 x € 40) + € 10 + € 500 = € 615.

Stap 3:

- Vergoeding basis** = € 25 + (75% x € 80) + € 10 + (75% x € 500) = € 470. Dit bedrag ligt hoger dan de maximale vergoeding per jaar. Er wordt maximaal € 250 vergoed.
- Vergoeding uitgebreid** = € 25 + € 80 + € 10 + (85% x € 500) = € 540. Dit bedrag ligt binnen de maximale vergoeding per jaar. Er wordt maximaal € 600 per jaar vergoed. De kosten zouden dus volledig uit de verzekering worden vergoed.

Stap 4:

- Kosten voor eigen rekening bij basis** = 25% x € 80 + 25% x € 500 = € 145
Maximale vergoeding is € 250 per jaar. Het overige bedrag moet de verzekerde zelf betalen.
In dit geval gaat het om € 470 – € 250 = € 220.
In totaal komt er dus voor eigen rekening € 145 + € 220 = € 365
- Kosten voor eigen rekening bij uitgebreid** = 15% x € 500 = € 75

Stap 5:

- **Basis aanvullende verzekering:** Totale kosten = € 120 + € 365 = € 485.
- **Uitgebreide aanvullende verzekering:** Totale kosten = € 240 + € 75 = € 315.

Stap 6:

- **Voordeel aanvullende verzekering basis** = € 615 – € 485 = € 130
- **Voordeel aanvullende verzekering uitgebreid** = € 615 – € 315 = € 300

In dit geval is het dus voor persoon X. het meest aantrekkelijk om een uitgebreide aanvullende tandartsverzekering af te sluiten.

7. Schade uitkering

Schade-uitkering berekenen

Gebruik voor het bepalen van de schade-uitkering het volgende stappenplan:

Stap 1: Bepaal of de zorg gedekt is op de zorgverzekering

Stap 2: Bepaal of er eigen bijdragen van toepassing zijn

Stap 3: Bepaal of de zorg verrekend moet worden met het eigen risico

Stap 4: Bepaal de uitkering uit de zorgverzekering (verreken de eigen bijdrage en het eigen risico)

Stap 5: Bepaal of de zorg gedekt is op een aanvullende verzekering

Stap 6: Bepaal de uitkering uit de aanvullende verzekering

Dekking zorgverzekering

De Zvw is een verplichte verzekering voor curatieve zorg (geneeskundige zorg). De behandeling en genezing van ziekten staan hierin centraal. De Zvw verdeelt de curatieve zorg in acht verzekerde prestaties:

Prestatie	Voorbeelden
Geneeskundige zorg	Huisarts, specialist, verloskundige, fysiotherapeut, GGZ
Mondzorg	Tandarts, kaakchirurg, medicijnen
Farmaceutische zorg	Dieetvoeding, advies en begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik
Hulpmiddelenzorg	Prothese, orthopedische schoenen, incontinentiemateriaal
Verpleging	Medische verzorging in en buiten een ziekenhuis
Verzorging	Lichamelijke verzorging in en buiten een ziekenhuis
Verblijf in verband met geneeskundige zorg	Ziekenhuisopname, opname revalidatie-instelling
Vervoer	Ambulance, taxi, openbaar vervoer

Let op: de zorgverzekeraar mag in de polis een andere indeling aanhouden.

Uitsluiting van dekking

De zorgverzekering sluit sommige soorten zorg uit van dekking. Hier kunnen verschillende redenen voor zijn:

- **Zorg heeft geen medische noodzaak:** het gaat hierbij om vrijwillige zorg zoals bijv. cosmetische operaties.
- **Zorg is niet werkzaam:** het effect op de gezondheid is onbewezen, onduidelijk of negatief.
- **Zorg is niet doelmatig:** de kosten zijn te hoog ten opzichte van de gezondheidswinst voor de individuele verzekerde. Bijv. de griepvaccinatie. Iedereen inenten tegen de griep kost een vermogen, terwijl lang niet iedereen griep krijgt en lang niet iedereen hier last van heeft. Alleen kwetsbare groepen worden ingeënt.
- **Verzekeren is niet zinvol:** het verzekeringsprincipe werkt het beste voor situaties die veel geld kosten, maar die niet veel voorkomen.
- **Zorg is niet verzekerd:** bijv. beperkte vergoeding van fysiotherapie. De zorg is uiteraard wel zinvol, maar de overheid heeft gekozen voor een beperkte vergoeding. Een ander voorbeeld is goedkope zorg. Het verzekeren is dan al snel duurder dan de zorg zelf (door alle administratieve handelingen). Dit geldt voor de meeste zelfzorgmiddelen (zoals bijv. paracetamol). Mocht de verzekerde om medische redenen langdurig gebruik moeten maken van het geneesmiddel, dan kan er een uitzondering worden gemaakt op grond van de hardheidsclausule. Per 1 januari 2019 worden alle vitaminen en mineralen waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop niet meer vergoed via de zorgverzekering.

Wettelijke uitsluitingen:

Op grond van het 'Besluit zorgverzekering':

- Vaccinatie ten behoeve van grieppreventie, tenzij verzekerde binnen de risicogroep valt.
- Vierde en volgende in-vitrofertilisatiepoging (IVF)
- Plastische chirurgie, tenzij noodzakelijk vanwege een lichamelijke functiestoornis, verminking door ziekte, ongeval of medische verrichting.

Op grond van de 'Regeling zorgverzekering':

- Liposuctie van de buik
- Borstcorrectie zonder medische noodzaak
- Behandeling tegen snurken met uvuloplastiek
- Sterilisatie en hersteloperatie
- Besnijdenis
- Hulp bij werk- en relatieproblemen

Gedeeltelijke vergoeding

De beperking van de vergoeding heeft te maken met kostenbeheersing. Er is zorg die de zorgverzekering wel vergoedt, maar niet voor het hele bedrag. De verzekerde moet een eigen bijdrage betalen, of de zorgaanspraak is beperkt tot een maximum. De verwachting is dat de verzekerde hierdoor minder zorg zal afnemen (remgeld).

Eigen bijdrage (remgeld) = de verzekerde betaalt een bedrag bij.

- **Eigen bijdrage aan de voet:** een eigen bijdrage in de eerste kosten. De verzekerde betaalt tot een bepaald tarief, het overige wordt aangevuld uit de zorgverzekering. Dit is bijv. het geval bij kraamzorg.
- **Eigen bijdrage aan de top:** een eigen bijdrage in de meerkosten. De zorgverzekering vergoedt tot een zeker maximum, de meerkosten zijn voor rekening van de verzekerde. Een voorbeeld hiervan is de vergoeding van geneesmiddelen. In het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is per geneesmiddeltipe een maximumvergoeding vastgelegd. Als de apotheek een duurder geneesmiddel aflevert, moet de verzekerde de meerkosten bijbetalen. Vanaf 1 januari 2019 geldt een maximale eigen bijdrage van € 250 per kalenderjaar voor medicijnen.

Eigen betaling: zorg die niet onder de dekking valt, en die de verzekerde dus zelf moet betalen. Voorbeelden: anticonceptiepil (vanaf 21 jaar), tandartskosten (vanaf 18 jaar) en kraamzorg (meer dan 80 uur, kosten vanaf dag 11). Eigen betaling kan dus betrekking hebben op een uitsluiting van een bepaalde zorgvorm (anticonceptiepil 21+) maar ook op een beperking van de zorgaanspraak (kraamzorg tot maximaal 10 dagen).

Beperking zorgaanspraak: de zorgverzekering vergoedt niet alle keren dat zorg is verstrekt. Bij kraamzorg zijn alleen de kosten tijdens de eerste 10 dagen na de bevalling gedekt. Vanaf dag 11 komt dit voor eigen rekening. Daarnaast noemt de zorgverzekering een maximum aantal te vergoeden uren kraamzorg (min 24 uur, max 80 uur).

Ook komt de variant 'niet gedekt tenzij' voor. Er is dan sprake van een uitsluiting, maar er kunnen redenen zijn om de zorg toch te vergoeden. Mocht er in geval van fysiotherapie sprake zijn van een chronische aandoening, dan wordt behandeling 21 en volgend vergoed vanuit de zorgverzekering.

Eigen risico

Verplicht eigen risico: € 385 (2023) per verzekerde per kalenderjaar. Als de verzekerde maar een deel van het jaar verzekerd is dan geldt een gedeeltelijk eigen risico.

Zorg zonder verplicht eigen risico:

- Kosten van de huisarts (let op: doorverwijzingen naar het laboratorium of een specialist komen wel ten laste van het verplicht eigen risico)
- Kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg
- Vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering
- Tandartskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Hulpmiddelen in bruikleen van thuiszorg
- Nacontrole levende orgaandonor (nier- of levertransplantatie) tot 3 jaar na de ingreep
- Ketenzorg (zorg waarbij verschillende zorgaanbieders samenwerken, bijv. de behandeling van diabetes)
- Wijkverpleging
- Zorg voor verzekerden tot en met 17 jaar

Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht als deze voor 31 december van het volgende jaar dan waar de kosten betrekking op hebben in rekening zijn gebracht. Dus stel: iemand heeft in 2020 zorg ontvangen, dan mag dit slechts ten laste worden gebracht van het verplicht eigen risico over 2020 als de nota vóór 31 december 2021 is ontvangen. Wordt de nota in 2022 ontvangen? Dan mag de verzekeraar geen kosten meer ten laste van het verplicht eigen risico brengen.

Preferentiebeleid: voorkeursbeleid – de verzekeraar wijst binnen een groep van identieke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof, dosering en afgiftepatroon) een voorkeursmiddel aan. De zorgverzekeraar vergoedt alleen dit ‘preferente’ middel. Als de verzekerde een ander middel wil gebruiken, dan komen de kosten volledig voor eigen rekening.

Vrijwillig eigen risico: aanbod dat de zorgverzekeraar de verzekerde mag doen. Verzekerde hoeft hier niet op in te gaan. Er zijn vijf eigen risicobedragen: € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per verzekerde per kalenderjaar. Als de verzekerde slechts een deel van het jaar verzekerd is geweest, dan geldt het vrijwillig eigen risico naar rato. In ruil voor het aanbod van een vrijwillig eigen risico ontvangt de verzekerde een korting op de premiegrondslag.

Leeftijdsgrens: het vrijwillig eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar of ouder. Verzekerden tot 18 jaar betalen geen nominale premie kunnen dus ook geen premiekorting krijgen door het verhogen van het vrijwillig eigen risico.

Synchronisatie: de meeste zorgverzekeraars stemmen het vrijwillig eigen risico af op het verplicht eigen risico. Het vrijwillig eigen risico geldt dan niet voor huisartszorg, kraamzorg, verloskundige zorg, ketenzorg en nacontrole van de levende nier- of leverdonor bij orgaantransplantatie.

Eigen risico bij veranderen zorgverzekeraar:

Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt per heel kalenderjaar. Als de zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar gesloten of opgezegd wordt, geldt een evenredig deel. Je deelt het jaarbedrag door 365 dagen (schrikkeljaar: 366 dagen) en vermenigvuldigt de uitkomst met het aantal dagen dat er sprake was van een verzekering.

Vergoedingen en ziekenvervoer

Voorbeeld 1:

Gegevens:

X.
Cosmetische borstvergroting
Vervoer met een bestelde ambulance

Wordt de rit met de ambulance vergoed?

Nee, vervoer voor een cosmetische ingreep wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering.

Voorbeeld 2:

Gegevens:

X.
Plastische chirurgie (litteken ten gevolge van een brandwond)
Vervoer met een bestelde ambulance

Wordt de rit met de ambulance vergoed?

Ja, het vervoer is het gevolg van een medische noodzaak.

Berekeningen

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Zorgverzekering
Restitutie polis
Verplicht eigen risico: € 385

Zorgkosten:

Huisarts: € 45
Gipsen been: € 1.000

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Zorg is gedekt op de zorgverzekering.

Stap 2: Er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Stap 3:

- Het verplicht eigen risico is niet van toepassing op huisartskosten.
- Het verplicht eigen risico is wel van toepassing op het gipsen.

Stap 4: Uitkering = € 45 + (€ 1.000 – € 385) = **€ 660,00**

Stap 5: Zorg is niet gedekt op de aanvullende verzekering.

Voorbeeld 2:

Gegevens:

Zorgverzekering
Restitutie polis
Verplicht eigen risico: € 385
Vrijwillig eigen risico: € 200 (n.v.t. op huisartskosten)

Zorgkosten:

Huisarts: € 45
Gipsen been: € 1.000

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Zorg is gedekt op de zorgverzekering.

Stap 2: Er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Stap 3:

- Het verplicht eigen risico is niet van toepassing op huisartskosten.
- Het verplicht eigen risico is wel van toepassing op het gipsen.
- Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op het gipsen.

Stap 4: Uitkering = € 45 + (€ 1.000 – € 385 – € 200) = **€ 460,00**

Stap 5: Zorg is niet gedekt op de aanvullende verzekering.

Voorbeeld 3:

Gegevens:

Zorgverzekering
Restitutie polis
Verplicht eigen risico: € 385

Gezin:

Mama X. (45 jaar)
Dochter Y. (14 jaar)

Zorgkosten X:

Huisarts: € 25
Tandarts: € 65
Chiropractie: 4 behandelingen

Zorgkosten Y:

Huisarts: € 25
Tandarts: € 55
Gipsen arm: € 1.250
Chiropractie: 2 behandelingen

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Een deel van de zorg is gedekt op de zorgverzekering.
De volgende zorgkosten van X. vallen onder het basispakket: huisarts.
De volgende zorgkosten van Y. vallen onder het basispakket: huisarts + tandarts + gipsen arm.

Stap 2: Er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Stap 3:

De zorgkosten van kinderen/jongeren tot 18 jaar vallen **niet** onder het eigen risico. Meeverzekerde kinderen tot 18 jaar zijn hetzelfde verzekerd als de meest uitgebreid verzekerde volwassene. In dit geval is X. niet aanvullend verzekerd voor chiropractie. Voor dochter Y. wordt dit dus niet vergoed.

Het eigen risico is alleen van toepassing op volwassenen. De zorgkosten van kinderen/jongeren tot 18 jaar worden dus niet verrekend met het eigen risico.

Stap 4: Uitkering zorgkosten = € 25 + € 25 + € 55 + € 1.250 = **€ 1.355,00**

Stap 5: X. heeft geen aanvullende verzekering.
Zij zal dus geen uitkering ontvangen voor de tandarts en chiropractie kosten.

Voorbeeld 4:

Gegevens:

Zorgverzekering

Naturapolis

Verplicht eigen risico: € 385 (reeds gebruikt € 85)

Aanvullende verzekering: fysiotherapie: € 1.000

Zorgkosten:

Verloskundige hulp en kraamzorg: € 1.000

Huisarts: € 55

Fysiotherapie: 10 behandelingen à € 50 per keer

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Zorg is voor een deel gedekt op de zorgverzekering.

Zowel de verloskundige hulp en kraamzorg, en de huisarts zorgkosten zijn gedekt op de zorgverzekering.

Stap 2: Er is geen eigen bijdrage van toepassing.

Stap 3: Het verplicht eigen risico is niet van toepassing op huisartskosten, verloskundige hulp en kraamzorg.

Stap 4: Uitkering uit zorgverzekering = € 1.000 + € 55 = € 1.055

Stap 5: De fysiotherapie behandelingen zijn gedekt op de aanvullende verzekering.

De klant is voor fysiotherapie verzekerd tot € 1.000.

Stap 6: Uitkering uit aanvullend pakket = $10 \times € 50 = € 500$

Totale vergoeding = € 1.055 + € 500 = **€ 1.555,00**

Voorbeeld 5:

Gegevens:

Zorgverzekering

Eigen risico: € 385

Zorgkosten:

Zittend ziekenvervoer: € 300

Eigen bijdrage: € 108

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Zorg is gedekt op de zorgverzekering.

Stap 2: Er is een eigen bijdrage van toepassing, namelijk € 108.

Stap 3: Het verplicht eigen risico is van toepassing op zittend ziekenvervoer.

Stap 4: Uitkering zorgverzekering = € 300 – € 108 – € 385 = **negatief**.

Er volgt dus geen uitkering uit de zorgverzekering. De klant krijgt dus geen vergoeding van de zorgverzekeraar.

Zijn resterende eigen risico neemt wel af. Je verrekent met de uitkering eerst de eigen bijdrage: € 300 – € 108 = € 192.

Dit bedrag wordt dus verrekend met het verplicht eigen risico, er resteert dan nog een openstaand eigen risico van:

€ 385 – € 192 = **€ 193,00**.

Voorbeeld 6:

Gegevens:

Zorgverzekering
Restitutiepolis
Verplicht eigen risico: € 385

Zorgkosten:

Medicijnen: € 75 (gedekt op de zorgverzekering)
Hoortoestel: € 1.000
Bril: € 550

Eigen bijdrage:

Medicijnen: Geen
Hoortoestel: 25%

Welk bedrag wordt vergoed door de zorgverzekeraar?

Stap 1: Zorg is voor een deel gedekt op de zorgverzekering.
Een bril wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering.

Stap 2: Er is een eigen bijdrage van toepassing op het hoortoestel.

Stap 3: Het verplicht eigen risico is niet van toepassing op huisartskosten.
Het verplicht eigen risico is wel van toepassing op het hoortoestel.

Stap 4: Uitkering = € 75 + (75% x € 1.000) - € 385) = **€ 440,00**

Stap 5: Er is geen aanvullende verzekering.

Voorbeeld 7:

Gegevens zorgverzekeraar A:

Aantal dagen verzekerd: 45 dagen

Verplicht eigen risico: € 385

Vrijwillig eigen risico: € 200

Na 45 dagen verzekerd te zijn geweest bij zorgverzekeraar A, stapt de klant over naar zorgverzekeraar B.

Hoeveel verplicht eigen risico heeft de klant bij zorgverzekeraar A?

Aantal dagen verzekerd bij zorgverzekeraar A = 45 dagen.

Verplicht eigen risico: $(45/365) \times € 385 = \text{€ } 47,47$

Hoeveel vrijwillig eigen risico heeft de klant bij zorgverzekeraar A?

Vrijwillig eigen risico: $(45/365) \times € 200 = \text{€ } 24,66$

Hoeveel verplicht eigen risico heeft de klant bij zorgverzekeraar B?

Aantal dagen verzekerd bij zorgverzekeraar B = $365 - 45 = 320$

Verplicht eigen risico: $(320/365) \times € 385 = \text{€ } 337,53$

Hoeveel vrijwillig eigen risico heeft de klant bij zorgverzekeraar B?

Vrijwillig eigen risico: $(320/365) \times € 200 = \text{€ } 175,34$

Zorg in het buitenland

Werelddekking zorgverzekering: de zorgverzekering biedt wereldwijde dekking voor zorgkosten bij kortdurend tijdelijk verblijf (zoals vakantie of zakenreis). Tijdelijk verblijf mag in de meeste gevallen niet langer duren dan 12 maanden en de betrokkene mag niet gaan werken in het verblijfsland. De vergoeding is 100% van het Nederlandse tarief. Voor landen waar zorg duurder is dan in Nederland, kan een aanvullende ziektekostenverzekering zinvol zijn en eventueel een reisverzekering met medische dekking.

Niet-gecontracteerde zorg: zorgverzekeraars hebben vrijwel geen zorgaanbieders in het buitenland gecontracteerd. Om deze reden zal de verzekerde de nota van de zorgverzekeraar moeten voorschieten. De zorgverzekeraar vergoedt de gemaakte kosten volgens de restitutieregels van de polis:

- Er wordt niet meer vergoed dan in de polisvoorwaarden staat. Zorg die niet in de zorgverzekering genoemd staat, wordt niet vergoed. Voor zorg die wel onder de dekking valt, gelden de vergoedingsregels uit de polis. Dit betekent: maximaal 100% van de vergoeding die de verzekering voor zorg binnen Nederland biedt.
- Er wordt nooit meer vergoed dan de werkelijk gemaakte kosten.

Als een persoon met een naturaverzekering (gecontracteerde zorg) uit eigen beweging gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, dan wordt maximaal het wettelijke tarief vergoed (marktconform bedrag). Bovendien kan een korting worden toegepast omdat gebruik is gemaakt van restitutie bij niet-spoedeisende zorg. Over het algemeen zal sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg (bijv. zorg na een ongeval of een plotselinge aandoening). De verzekerde moet dan aannemelijk maken dat hij niet in staat was om terug te reizen naar Nederland.

Gecontracteerde zorg in buitenland: zorgaanbieders hebben in beperkte mate ook zorgaanbieders gecontracteerd in het buitenland, bijv. in de grensstreek van Duitsland en België. Op deze manier kunnen verzekerden die in de buurt van de grens wonen zonder toestemming en/of korting gebruik maken van deze zorgaanbieders.

Reisverzekering: noodzaak van afsluiten is afhankelijk van het land waarin je tijdelijk verblijft. Weeg af of de medische zorg in vergelijking met Nederland duurder of uitgebreider is, en baseer daar je keuze op.

Voorbeeld 1:

Gegevens:

Zorgkosten Spanje:	€ 900
Vergelijkbaar DBC-Zorgproduct NL:	€ 750

Hoeveel krijgt X. vergoed?

De zorgverzekeraar vergoedt het maximale Nederlandse tarief.

Voorbeeld 2:

Gegevens:

Zorgkosten Frankrijk:	€ 600
Vergelijkbaar DCB-Zorgproduct NL:	€ 750

Hoeveel krijgt X. vergoed?

De zorgverzekeraar vergoedt de werkelijke kosten, dus € 600.

8. Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeringen

Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeringen

Een convenant gesloten door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland waarin afspraken zijn gemaakt over de behandeling van ziektekosten die in het buitenland worden gemaakt

Het convenant regelt dat de reisverzekeraar die de eerste melding krijgt, het recht van verhaal heeft op:

- **Zorgverzekeraar:** dekking voor medische kosten op grond van de Zvw.
- **Zorg- of ziektekostenverzekeraar:** dekking voor medische kosten op aanvullende ziektekostenverzekering:
 - Reisverzekering geen dekking? Dan 100% van de medische kosten.
 - Reisverzekering wel dekking? Dan 50% van de medische kosten.
- **Slachtoffer:** geen dekking voor medische kosten op de zorg-, aanvullende ziektekosten- of reisverzekering.

Het convenant regelt dat de zorgverzekeraar die de eerste melding krijgt, het recht op verhaal heeft op:

- **Reisverzekeraar:** dekking voor medische kosten voor zover deze niet gedekt zijn op de zorgverzekering.
 - Geen aanvullende ziektekostenverzekering? Dan 100% van de niet gedekte kosten.
 - Wel aanvullende ziektekostenverzekering? Dan 50% van de niet gedekte kosten.
- **Slachtoffer:** geen dekking voor medische kosten op de zorg-, aanvullende ziektekosten- of reisverzekering.

Voorbeeld 1:

Gegevens:

X.
Ongeluk: Beenbreuk + last van knie
Waar: Spanje

Verzekeringen:

Zorgverzekering	Eigen risico € 385, geen vrijwillig eigen risico
Aanvullende verzekering	Fysiotherapie
Reisverzekering	zonder geneeskundige kosten

Kosten:

Gebruik van EHIC	
Gipsen:	€ 1.000
Eigen bijdrage:	€ 250
Fysiotherapie:	5 behandelingen á € 45

X. meldt het feit als eerste bij de reisverzekeraar, hoeveel kan deze van de kosten verhalen?

De zorgverzekeraar dient dekking te dragen voor de kosten die vallen onder de Zvw. Bij gebruik van de EHIC krijgt de consument het landelijke tarief vergoed. Het eigen risico is niet van toepassing. De kosten van de zorg bestaan uit het tarief – eigen bijdrage.

Zorgverzekeraar: € 1.000 – € 250 = **€ 750**

Aanvullende ziektekostenverzekeraar: 5 x € 45 = **€ 225**

Reisverzekeraar: **€ 0**

De kosten die onder de Zvw vallen worden rechtstreeks door de zorgverlener gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De consument betaalt de eigen bijdrage direct na ontvangst van de zorg aan de zorgverlener. De reisverzekeraar mag 100% van de medische kosten verhalen op de aanvullende ziektekostenverzekeraar.

Voorbeeld 2:

Gegevens:

X.

Ongeluk: Beenbreuk + last van knie
Waar: Spanje

Verzekeringen:

Zorgverzekering	Eigen risico € 385, geen vrijwillig eigen risico
Aanvullende verzekering	Fysiotherapie
Reisverzekering	zonder geneeskundige kosten

Kosten:

Geen gebruik van EHIC	
Gipsen:	€ 1.000 (in NL kost dit regulier € 850)
Fysiotherapie:	5 behandelingen á € 45

X. meldt het feit als eerste bij de reisverzekeraar, hoeveel kan deze van de kosten verhalen?

De zorgverzekeraar dient dekking te dragen voor de kosten die vallen onder de Zvw. Als er geen gebruik wordt gemaakt van de EHIC, dan krijgt de consument maximaal 100% van het Nederlands tarief minus het eigen risico vergoed.

Zorgverzekeraar: € 850 – € 385 (eigen risico) = **€ 465**
Aanvullende ziektekostenverzekeraar: 5 x € 45 = **€ 225**
Reisverzekeraar: **€ 0**

De consument kan de medische kosten declareren bij de zorgverzekeraar.
De reisverzekeraar mag 100% van de medische kosten verhalen op de aanvullende ziektekostenverzekeraar.

9. Ongevallenverzekeringen

Ongevallenverzekering

Ongevallenverzekering = een verzekering die een vooraf afgesproken bedrag uitkeert als de in de polis afgesproken gebeurtenis zich voordoet. Ongevallenverzekeringen zijn sommenverzekeringen. Er is geen verband met werkelijk geleden, objectief vast te stellen schade. Ook de schuldvraag is niet relevant. Let op: mocht het ongevallenrisico op twee verschillende verzekeringen verzekerd zijn (bijv. ongevallenverzekering en rubriek op reisverzekering) dan leidt dit bij het voorval van de afgesproken gebeurtenis tot uitkeringen van beiden bedragen.

Ongeval = een plotseling, van buitenaf, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, rechtstreeks op het lichaam inwerkend geweld met lichamelijk letsel of de dood tot gevolg. Veel verzekeraars hebben een uitgebreide reeks van voorvallen gedefinieerd in de voorwaarden die ook als ongeval worden beschouwd. Bijv. caissonziekte.

Rubrieken:

- **Rubriek A:** Overlijden
- **Rubriek B:** Blijvende invaliditeit
- **Rubriek C:** Tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- **Rubriek D:** Medische kosten (aanvullend karakter, er wordt alleen uitgekeerd als er geen andere verzekering is die de kosten dekt)
- **Rubriek E:** Tandheeskundige kosten

Voorbeeld:

Gegevens:

Ongevallenverzekering

Rubriek A: € 50.000

Rubriek B: € 100.000

Gebeurtenis:

Ongeluk

Mate van invaliditeit:

Knie 25% functieverlies

Teen 75% functieverlies

Vergoeding:

Lichaamsdeel:	Vergoede waarde:
Knie	30%
Enkel	25%
Teen	15%
Pols	25%
Schouder	45%
Hand	40%
Rug	65%

Welk bedrag krijgt verzekerde vergoed vanuit de ongevallenverzekering?

Er is sprake van een verzekerd voorval.

De verzekerde krijgt het volgende vergoed:

Knie: $30\% \times € 100.000 = € 30.000$ in geval van 100% functieverlies. Er is sprake van 25% functieverlies.
 $25\% \times € 30.000 = € 7.500$

Teen: $15\% \times € 100.000 = € 15.000$ in geval van 100% functieverlies. Er is sprake van 75% functieverlies.
 $75\% \times € 15.000 = € 11.250$

Uitkering = € 7.500 + € 11.250 = € **18.750,00**

10. Verzekeringen algemeen

Verzekeringspremie

Verzekeringspremie: (brutopremie) de premie die de verzekeringnemer in ruil voor het overdragen van het risico aan de verzekeraar, betaalt. Deze premie is opgebouwd uit de volgende elementen:

- **Risicopremie:** dekt het totaalbedrag aan schade-uitkeringen van de verzekeraar (de schadelast).
- **Reserve:** een kleine premietoeslag op de premie waarmee de verzekeraar een reserve opbouwt voor onvoorziene tegenvallers (bijv. een hoger uitvallende schadelast). De verzekeraar kan zichzelf ook indekken voor tegenvallers door herverzekering en poolvorming.
- **Bedrijfskosten van de verzekeraar**
- **Provisie voor de bemiddelaar:** als de verzekering via een bemiddelaar tot stand komt, dan ontvangt deze provisie. Dit is een bepaald percentage van de risicopremie. Het percentage verschilt per verzekeringssoort. Let op: provisie is alleen toegestaan bij schadeverzekeringen en consumptief krediet.
- **Winstopslag**
- **Polis- en incassokosten:** poliskosten zijn kosten die verbonden zijn aan het opmaken of wijzigen van de polis, en incassokosten zijn kosten die verbonden zijn aan het innen van de premie of het opmaken van nota's en de administratieve verwerking ervan.
- **Assurantiebelasting:** wettelijk verplichte belasting van 21% over de premie en de andere kosten. De verzekeraar berekent deze belasting door aan de verzekerde. De volgende verzekeringen zijn vrijgesteld van assurantiebelasting: levensverzekeringen, herverzekeringen, goederentransportverzekeringen, zorgverzekeringen, ongevallenverzekeringen, invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Premie berekenen

De premie van woonverzekeringen is afhankelijk van de verzekerde som en wordt uitgedrukt per € 1.000 verzekerde som (ofwel promille (‰)). De premie wordt verhoogd met polis- en incassokosten, en assurantiebelasting. Bij wijzigingen in het contract die een premieverhoging of -verlaging als gevolg hebben wordt de premie pro rata verrekend.

Woonhuisverzekeringen: standaardpremie gaat uit van de standaard bouwaard (stenen pand met harde dakbedekking en betonnen verdiepingsvloeren). Afwijkingen van deze bouwaard betekenen een verhoging van het risico en dus van de premie.

Inboedelverzekeringen: premie verschilt per regio. De regio-indeling kan per inboedelverzekeraar verschillen. Dit heeft te maken met verhoogde risico's zoals bijv. inbraak- en diefstal.

$$\text{Brutopremie} = (\text{nettopremie} + \text{poliskosten}) + 21\% \text{ assurantiebelasting}$$

Voorbeeld 1:

Gegevens woning:

Verkoopwaarde:	€ 400.000
Herbouwwaarde:	€ 350.000

Gegevens woonhuisverzekering:

Jaarpremie:	0,9 ‰
Poliskosten:	€ 10
Eigen risico:	€ 250

Hoeveel bedraagt de jaarpremie voor het eerste jaar?

Netto premie = € 350.000 x 0,9 ‰ = € 315

Bruto premie = (€ 315 + € 10) + 21% assurantiebelasting = € 393,25

Voorbeeld 2:

Gegevens inboedel:

Nieuwwaarde: € 75.000
Beveiliging: camera- en alarmsysteem

Inboedelverzekering

Indexclausule
Jaarpremie: 1,4 ‰
Poliskosten: € 10
Beveiliging: -15% op premie

Hoeveel bedraagt de jaarpremie voor het eerste jaar?

Netto premie = (€ 75.000 x 1,4 ‰) = € 105.

Hierop mag 15% korting op in rekening worden gebracht. Resteert een premie van € 105 x 85% = € 89,25.

Bruto premie = (€ 89,25 + € 10) + 21% assurantiebelaasting = **€ 120,09**

Schade-uitkering

De verzekeringsuitkering mag niet leiden tot een verbetering van de vermogenspositie van de verzekeringnemer. Het gaat om schadeloosstellen, het vergoeden van de werkelijk geleden schade, dus van het werkelijke financiële nadeel (**indemniteitsbeginsel/schadevergoedingsbeginsel**).

Voorbeeld 1:

Gegevens:

X.
Breekt Been in Roemenië
Zorgkosten Roemenië: € 500
Zorgkosten Nederland been gipsen: € 1.500

Wat krijgt X. vergoed?

X. krijgt € 500 vergoed van de verzekeraar.

Als de verzekeraar de verzekerde € 1.500 zou uitkeren, dan komt deze in een financieel betere situatie.

Kracht van het verzekerd bedrag

Kracht van het verzekerd bedrag: het verzekerde bedrag kan op verschillende manieren worden vastgesteld. Zo wordt er onderscheid gemaakt tussen het verzekerd bedrag dat de kracht heeft van een:

- **Open polis**: verzekerd bedrag is gebaseerd op een schatting. Bij schade moet de verzekeringnemer de waarde van het verzekerde object direct voor het ontstaan van de schade aantonen. Alle bewijsmiddelen zijn daarbij toegestaan. Denk aan: foto's, aankoopbewijzen en zelfs getuigenverklaringen. Als blijkt dat het verzekerde bedrag te laag is, dan past de verzekeraar de onderverzekeringsregel toe. Als het verzekerde bedrag te hoog is, dan krijgt de verzekerde niet meer dan de werkelijke schade vergoed (oververzekeringsregel).
- **Partijtaxatie**: de partijen (verzekeraar + verzekeringnemer) zijn overeengekomen dat het verzekerde bedrag de waarde van het verzekerde object uitdrukt. Bij schade hoeft de verzekerde niet meer aan te tonen wat de werkelijke waarde van het object direct voor de schade was. Dit is namelijk het bedrag dat in de polis is opgenomen. De onderverzekeringsregel kan niet door de verzekeraar worden toegepast.
- **Deskundigentaxatie**: deskundigen hebben het verzekerde bedrag vastgesteld (getaxeerd). Het verzekerde bedrag drukt de waarde van het verzekerde object uit. De verzekeraar gaat hiermee akkoord door het verzekerde bedrag op te nemen in de polis. Een deskundigentaxatie wordt toegepast bij verzekering van vastgoed en kostbaarheden zoals schilderijen, kunstvoorwerpen en juwelen. De onderverzekeringsregel kan niet door de verzekeraar worden toegepast.

Als het verzekerde bedrag de kracht heeft van een open polis, dan kan er sprake zijn van over- of onderverzekering:

- **Oververzekering**: het verzekerde bedrag is hoger dan de werkelijke waarde van het verzekerde object. De verzekeringnemer betaalt dus te veel premie, en krijgt bij schade maximaal de werkelijke waarde uitgekeerd (en dus niet het te hoge verzekerde bedrag).
- **Onderverzekering**: het verzekerde bedrag is lager dan de werkelijke waarde van het verzekerde object. De verzekeringnemer betaalt dus te weinig premie voor het werkelijke risico. Daardoor zijn de bezittingen maar gedeeltelijk verzekerd. Dit heeft gevolgen voor de schade-uitkering. Deze wordt bij onderverzekering namelijk gebaseerd op de verhouding tussen het verzekerde bedrag en de werkelijke waarde.

Onderverzekeringsregel:

$$\text{Uitkering} = (\text{verzekerde waarde} / \text{werkelijke waarde}) \times \text{schade}$$

De onderverzekeringsregel is van toepassing op: schade, bereddingskosten en opruimingskosten. Let op: de onderverzekeringsregel is niet van toepassing op de expertisekosten.

Voorbeeld 1:

Gebeurtenis:

Brand

Verzekering:

Woonhuisverzekering
Geen inboedelwaardemeter
Geen indexclausule

Verzekerde som: € 200.000
Werkelijke waarde: € 260.000

Schade:

€ 30.000

Welk bedrag vergoedt de verzekeraar?

De verzekerde som is lager dan de werkelijke waarde. Er is dus sprake van onderverzekering.
De onderverzekeringsregel is van toepassing.

Uitkering = $(\text{€ } 200.000 / \text{€ } 260.000) \times \text{€ } 30.000 = \text{€ } 23.076,92$

Voorbeeld 2:

Gebeurtenis:

Brand

Verzekering:

Woonhuisverzekering

Verzekerde bouwjaar: Pannendak
Jaarpremie: 2 ‰ (pannendak)

Werkelijke bouwjaar:

Dakbedekking: Rieten dak
Jaarpremie: 3 ‰ (rieten dak)

Schade:

€ 250.000

Welk bedrag vergoedt de verzekeraar?

Uitkering = $2/3 \times \text{€ } 250.000 = \text{€ } 166.666,67$

Inhoudsopgave

1. Adviesproces in de praktijk.....	31
2. Inventarisatiefase.....	33
3. Analysefase.....	34
4. Adviesfase.....	35
5. Beheer	35
6. Schadebehandeling	37
7. Integriteit.....	37

Deze samenvatting is geschreven op basis van de aanvulling Wft Zorgverzekeringen van Dukers & Baelemans.

1. Adviesproces in de praktijk

Hoofdtaken Adviseur Zorgverzekeringen

Een adviseur zorgverzekeringen heeft de volgende taken:

- Inventariseren van de klantgegevens
- Analyseren van de klantgegevens en de verzekeringsbehoefte
- Adviseren (en eventueel bemiddelen van een passende oplossing)
- Beheren en actueel houden van het advies
- Begeleiden van schade-afhandeling of claim

Adviesproces

Een zorgvuldig adviesproces bestaat uit de volgende vier fasen:

1. **Kennismakingsfase** = deze fase bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste oriënteer je je op het doel van de klant om jou te bezoeken. Waar kun je de klant mee helpen, en ben jij daar de geschikte persoon voor. Ten tweede informeer je de klant over jouw dienstverlening, het verloop van het proces, en de eventuele kosten die hierbij komen kijken.

2. **Beeldvormingsfase** = deze fase kan onderverdeeld worden in twee afzonderlijke fasen:

- **Inventarisatiefase** = in deze fase maak je een begin met het opstellen van het klantprofiel. Het klantprofiel bestaat uit de volgende onderdelen:
 - Doelstellingen
 - Risicobereidheid
 - Kennis en ervaring
 - Financiële positie

De ingewonnen informatie dient gecontroleerd te worden op volledigheid en juistheid. Ook dient de informatie concreet te worden. Vaardigheden en handelingen die je hiervoor kunt gebruiken zijn:

- Stellen van vervolgvragen
- Opvragen van een kopie van de benodigde documenten (deze worden vastgelegd in het klantdossier)
- Prioriteren: bijv. wat vindt de klant belangrijker: een lage premie of een goede dekking? Wil de klant een vrije keuze hebben uit zorgaanbieders? Wil de klant zich aanvullend verzekeren?
- De klant bewuste keuzes laten maken aan de hand van concrete voorbeeldsituaties. Zo kun je de klant bijv. een voorbeeldsituatie schetsen waarbij een hoog vrijwillig eigen risico komt kijken. Wat vindt de klant ervan als hij na een medische behandeling zijn zorgkosten (voor een deel) uit eigen middelen moet betalen? En kan hij dit bedrag wel uit eigen middelen betalen?
- Confronteren: bijv. als een klant conflicterende wensen of doelstellingen uitspreekt omtrent zijn verzekering, bijv. de laagste premie én de beste dekking wensen. Dit is simpelweg niet mogelijk!

- **Analysefase** = in deze fase wordt de verzamelde informatie vertaald naar mogelijke oplossingen. Je koppelt deze mogelijkheden terug door hetgeen je met de klant besproken hebt samen te vatten.

3. **Oplossingsfase / adviesfase** = in deze fase geeft de adviseur aan welke oplossing het beste aansluit op de wensen van de klant. Indien mogelijk koppel je een specifiek product terug aan de klant (dus bijv. een naturapolis met geen vrijwillig eigen risico, en een aanvullende tandartsverzekering).

Het advies wordt op een voor de klant begrijpelijke manier geformuleerd. De adviseur legt het klantprofiel + de geadviseerde oplossing vast in het klantdossier. Een goed adviseur geeft dit advies ook mee aan de klant. De klant beslist vervolgens of hij het advies wel of niet zal opvolgen.

4. **Nazorgfase** = in deze fase geef je de klant (indien gewenst) advies nadat het product is afgesloten. Zo blijven de afgesloten producten passend voor de klant.

2. Inventarisatiefase

Praktijk

Inventarisatiefase: in deze fase verdiep je je in de klant en probeer je zoveel mogelijk informatie te vergaren door de klant vragen te stellen. Hierbij kun je denken aan de volgende vragen:

- Hoe zit het met je kennis over verzekeringen?
- Wat vindt je belangrijk aan een zorgverzekering?
- Welke risico's wil je lopen?
- Wat versta je onder goede zorg?
- In hoeverre ben je in staat en bereid om bepaalde risico's zelf te dragen (bijv. vrijwillig eigen risico)?
- Wat zijn de verwachte ontwikkelingen met betrekking tot het besteedbare inkomen?
- Hoe ziet de gezinssituatie eruit? Verwachte gezinsuitbreiding?
- Hoe sta je in het leven (kwantiteit of kwaliteit)?

Met behulp van de ingewonnen informatie kun je het klantprofiel opstellen.

Achtergrond

Klantprofiel: het klantprofiel vormt de basis voor het uiteindelijke te geven advies. Het klantprofiel bestaat uit de volgende onderwerpen:

- **Persoonlijke en financiële positie:**
 - Inzicht in gezinssituatie: wat is de gezinssamenstelling? Verwachte veranderingen in de toekomst?
 - Inkomen en lasten: wat voor werk? Fysieke belasting van zijn/haar beroep? Soort aanstelling? Hoogte salaris? Toekomstige promotie? Huur of koopwoning? Wat is de bijbehorende woonlast? Andere vaste lasten? Houdt de klant maandelijks geld over? Hoeveel kan hij missen voor een zorgverzekering? Recht op zorgtoeslag?
 - Vermogen: spaargeld en/of beleggingen? Leningen? Wat is het doel van het eigen vermogen?
- **Kennis en ervaring:** begrijpt de klant de impact en de gevolgen van zijn keuzes. Het gaat hierbij niet alleen om de zorgverzekering, maar ook om de gevolgen bij inkomensterugval en juridische consequenties.
- **Doelstellingen:** de wensen en behoeften van de klant omtrent zorgverzekeringen.
- **Risicobereidheid:** de mate waarin de klant in staat is om financiële risico's op te vangen, en de wens of hij/zij deze risico's wel of niet zelf wil opvangen of wil verzekeren.

Als adviseur houd je bij het maken van het klantprofiel rekening met het heden en de toekomst. Om tot een passend advies te komen is het belangrijk dat je een compleet beeld hebt van je (potentiële) klant.

Let op: als een klant weinig informatie geeft, dan is het belangrijk om als adviseur uit te leggen waarom de gevraagde informatie van belang is. Als de klant dan alsnog niet bereid is om de gevraagde informatie aan te leveren, dan kun je als adviseur niet tot een passend advies komen. Je kunt dan niet anders dan het adviesproces stoppen.

Let op: voor zorgverzekeringen geldt geen verplichting voor het opstellen van een volledig klantprofiel. Wel geldt de zorgplicht! Dit houdt in dat je een goede inventarisatie moet vastleggen en een passende oplossing moet bieden.

Let op: als een klant naast een zorgverzekering ook andere producten wenst af te sluiten, bijv. een particuliere inboedelverzekering, dan dien je de klant voor dit onderdeel van het advies door te verwijzen naar een adviseur schade particulier. Leg hierbij uit dat je niet bevoegd bent tot het geven van het advies over dit onderdeel, maar dat je collega adviseur schade particulier hem/haar hier uitstekend mee kan helpen.

Inventarisatieformulier: een inventarisatieformulier is een formulier waarmee je een klantprofiel eenvoudig op kunt stellen. Het formulier zorgt op hoofdlijnen voor:

1. Algemene informatie
2. Contactinformatie
3. Persoonlijke informatie

Er wordt onder andere informatie ingewonnen over de volgende onderwerpen: wonen, werken, inkomen, pensioen, vermogen, huidige voorzieningen en de toekomst. Op google kun je eenvoudig een voorbeeld vinden als je zoekt op 'inventarisatieformulier particuliere relatie'.

Valkuilen adviseur tijdens inventarisatiefase:

- Onvoldoende doorvragen (bijv. op tegenstrijdigheden)
- Uitgaan van aannames
- Verkeerde vragen stellen
- Onvoldoende verbanden leggen
- Onvoldoende de gevolgen uitleggen van mogelijke keuzes

Inschatting moreel en materieel risico

- **Moreel risico:** naar dit risico wordt specifiek gevraagd op het aanvraagformulier. Zo worden er vragen gesteld over het strafrechtelijk verleden en de schade- en klanthistorie. Ook kun je bij de inschatting gebruik maken van het klantprofiel.
- **Materieel risico:** dit risico betreft de fysieke situatie/gezondheid van de verzekerden.

Productinventarisatie: bij de productinventarisatie vraag je door op de specifieke wensen met betrekking tot bepaalde dekkingen. Als iemand fanatiek sport, en graag een aanvullende verzekering voor fysiotherapie wenst, dan is het verstandig om uit te vragen of er huidige blessures zijn, en hoeveel behandelingen de persoon nodig denkt te hebben.

“Bij het klantprofiel ligt de focus op het uitvragen van de klantsituatie, en bij de productinventarisatie ga je dieper in op de inhoudelijke wensen die passen bij die klantsituatie.”

Preventie

Preventieve maatregelen = maatregelen die genomen worden om een risico weg te nemen of te verminderen.

Hierdoor kan verzekeren soms overbodig worden of kan er gekozen worden voor een beperktere dekking. Preventieve maatregelen die genomen kunnen worden omtrent zorg:

- Vaccinatie ter voorkoming van infectieziekten
- Programma's gericht op vermindering of voorkoming van bijv. diabetes, hart- en vaatziekten, overgewicht, depressie, stoppen met roken etc.
- Voorlichting over een gezonde levensstijl

Vergoeding hiervoor komt vanuit de overheid (bijv. bevolkingsonderzoek) of verzekeraars (bijv. cursussen) zelf.

3. Analysefase

Praktijk

In deze fase analyseer je als adviseur alle vergaarde informatie uit de inventarisatiefase. Uiteraard vormt het klantprofiel hier de basis voor.

Achtergrond

Analyseren is een vaardigheid die je eigenlijk doorlopend toepast gedurende de gesprekken met de klant. Je probeert verbanden te leggen tussen de verkregen informatie. Een goed analyse vormt de basis voor een goed en passend advies. Tijdens de analysefase beoordeel je als adviseur welke risico's **moeten** worden afgedekt met een oplossing (bijv. door wetgeving) en welke risico's **kunnen** worden afgedekt met een oplossing.

Mogelijke uitkomsten uit analyse:

- Volledig verzekeren
- Deels verzekeren met eigen risico
- Risico zelf dragen
- Risicoreductie door preventieve maatregelen

Mogelijke valkuilen van de adviseur:

- Klant herkent zich onvoldoende in de risicoanalyse. De risicoanalyse moet voldoende aansluiten op de uitgangspunten en doelstellingen van de klant.
- De uitleg van de adviseur over de risicoanalyse sluit niet aan bij het begripsniveau van de klant. Stel voldoende controlevragen om na te gaan of de klant alles begrepen heeft.
- Neem alleen relevante informatie mee in het bepalen van je advies. Vaak krijg je tijdens de gesprekken zoveel informatie, dat het moeilijk wordt om hoofd- en bijzaken te scheiden. Stel het klantbelang centraal, en ga uit van de relevante wet- en regelgeving.

4. Adviesfase

Praktijk

Je adviseert de klant de soort polis en aanvullende dekkingen die het meest passend zijn bij zijn/haar klantsituatie. Het klantbelang staat hierbij centraal. Je kunt de klant de voor- en nadelen van mogelijke polissen toelichten, en uitleggen waarom je een bepaalde polis + aanvullende dekkingen adviseert. Het advies moet verantwoord en passend zijn.

Achtergrond

Passende oplossing: als adviseur selecteer en vergelijk je de meest geschikte verzekeringsvormen, voorwaarden, premies en risico's. Je biedt de klant de beste oplossing voor zijn/haar situatie.

- Bespreek de mogelijkheden en geef daarbij aan wat jij als adviseur de best passende oplossing vindt
- Onderbouw de gevolgen van de mogelijke keuzes cijfermatig (bijv. premieberekeningen). Zo kan een klant zien of een aanvullende verzekering hem/haar financieel voordeel/nadeel oplevert.
- Benoem de (niet) haalbare doelen zowel in de huidige als toekomstige situatie van de klant
- Controleer de opgevraagde offertes op juistheid en of deze conform de aanvraag zijn
- Leg het adviestraject vast in het klantdossier

Klantbelang centraal: het advies is passend. De voorgestelde verzekeringen + aanvullende dekkingen dekken de vastgestelde risico's adequaat af. Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. Voor aanvullende verzekeringen geldt deze acceptatieplicht niet. In sommige gevallen wordt een aanvullende verzekering niet geaccepteerd, of mogelijk geaccepteerd onder andere voorwaarden. Als adviseur dien je dan opnieuw te kijken naar mogelijke oplossingen.

Duidelijke onderbouwing: leg de klant duidelijk uit hoe het geadviseerde product aansluit op zijn/haar klantprofiel. Leg de uitgebrachte offerte, gestelde voorwaarden en premie uit. Gebruik bij deze uitleg zoveel mogelijk voorbeelden, zodat de klant begrijpt waarom je dit product voor hem/haar hebt uitgekozen. Als voor de klant duidelijk is dat het door jouw gekozen product past bij zijn/haar situatie, dan zal de klant sneller overgaan tot acceptatie van de verzekering.

Afwijken van advies: in sommige gevallen wil de klant niet meegaan met het door jou gegeven advies. Als de klant afwijkt van jouw advies, dan licht je hem in wat de mogelijke gevolgen hiervan kunnen zijn. Uiteraard leg je dit vast in het klantdossier.

Mogelijke valkuilen van de adviseur:

- Klant geven waar hij/zij om vraagt, en door de weerstand van de klant om informatie te geven, daarin meegaan.
- Klantgerichtheid verwarren met klantbelang
- Financiële bedrijfsbelang voor het klantbelang stellen. Het klantbelang moet echter centraal staan!
- Niet de beste oplossing op het schap hebben, en dus gaan voor de beste oplossing die je wel hebt. Hier geldt ook weer dat het klantbelang altijd centraal moet staan. In dit geval zal je de klant moeten vertellen dat er een oplossing is, maar dat je deze niet kunt aanbieden. Het is dan uiteindelijk de keuze van de klant om voor een mindere oplossing (die je wel hebt) te gaan, of naar een andere partij te gaan die het product wel kan aanbieden.

5. Beheer

Praktijk

De zorgplicht van de adviseur blijft ook nadat er een product is afgesloten, bestaan. Als adviseur ben je verplicht om de klant op de hoogte te brengen van belangrijke wijzigingen. Deze wijzigingen kunnen op verschillende gebieden optreden:

- **Wijzigingen aan de kant van de verzekeraar**: bijv. verhogen van de premie voor de aanvullende verzekering, versoberen van de dekking van de aanvullende verzekering.
- **Wijzigingen op het gebied van wetgeving**: bijv. verhogen van de premie voor de basisverzekering, versoberen of uitbreiden van de dekking voor de basisverzekering, verhoging van het verplichte eigen risico, toepassen van een eigen bijdrage.
- **Wijzigingen in de klantsituatie**: bijv. gezinsuitbreiding, emigratie, verandering van baan, wijzigingen in gezondheid, sporten gaan beoefenen.

Op het moment dat er wijzigingen zijn doorloop je een verkorte versie van het adviestraject (omdat je al over veel klantinformatie beschikt). Als de wijzigingen impact hebben, dan is het belangrijk om het adviestraject opnieuw te doorlopen. Inventariseer de klantsituatie en ga na of de huidige oplossing nog passend is. Zo niet, dan adviseer je een nieuwe productoplossing.

Achtergrond

Tussentijds wijzigen: de meeste wijzigingen of aanvragen van (aanvullende) verzekeringen worden pas verwerkt per 1 januari van het komende jaar. Soms is het mogelijk om tussentijds te wijzigen. Er zijn dan echter vaak wel beperkingen (bijv. alleen mogelijkheid tot verhogen, wijziging gaat pas in na x aantal maanden etc.). Het is de taak van de adviseur om mee te denken. Soms kunnen er alternatieve oplossingen worden gezocht waardoor de gevolgen beperkt blijven.

Direct wijzigen: in sommige gevallen worden wijzigingen wel direct verwerkt. Dit is o.a. het geval in de volgende situaties:

- **Ontstaan van de verzekeringsplicht**: bij geboorte, als iemand 18 jaar wordt, als detentie wordt beëindigd, als iemand uittreedt als militair in werkelijke dienst, als iemand in Nederland komt wonen of werken.
- **Wegvallen van de verzekeringsplicht**: bij emigratie, als iemand in het buitenland gaat werken, bij aanvang van detentie, als iemand aantreedt als militair in werkelijke dienst.
- **Scheiding**: bij een scheiding moeten er direct wijzigingen worden doorgevoerd, omdat er vaak maar één persoon als verzekeringnemer op de polis staat. Het is jouw taak als adviseur om dit uit te zoeken en een nieuwe polis af te sluiten voor de nieuwe verzekeringnemer.
- **Werkgeverscollectiviteit**: als een verzekerde wijzigt van werkgever en verzekerd was binnen een werkgeverscollectiviteit, dan heeft hij twee keuzes:
 - Collectieve zorgverzekering wordt omgezet naar een individuele zorgverzekering. Deze individuele verzekering loopt dan verplicht bij dezelfde zorgverzekeraar.
 - Overstappen naar de collectieve zorgverzekering van je nieuwe werkgever. Dit is vaak het meest aantrekkelijk omdat er aan collectieve verzekeringen vaak voordelen zitten. Hierbij kun je denken aan kortingen of zorg die is afgestemd op het uitgeoefende beroep.
- **Fraude**: bij vastgestelde fraude wordt de verzekering direct beëindigd.

Wijzigingen per 1 januari: (nieuw verzekeringsjaar) de meeste wijzigingen worden doorgevoerd per het nieuwe verzekeringsjaar. Hierbij kun je denken aan de volgende wijzigingen:

- Wijzigingen in wet- en regelgeving (zoals hierboven besproken)
- Wijzigingen in productvoorwaarden
- Wijzigingen in het leven of de gezondheidstoestand van de klant. Denk aan: bijv. bepaalde blessures waarvoor behandeling nodig is, slecht gebit etc.

Het is dus heel belangrijk om voor 1 januari de klantsituatie opnieuw te bespreken. Doe dit proactief met je klanten. Het klantprofiel moet opnieuw worden vastgesteld zodat kan worden bepaald of de huidige oplossing nog passend is. Het is de taak van de adviseur om ervoor te zorgen dat de klant ook het komende verzekeringsjaar weer optimaal verzekerd is.

Verantwoordelijkheid van de klant

Het is de verantwoordelijkheid van de klant om wijzigingen in zijn/haar situatie door te geven aan de tussenpersoon of verzekeraar. In de voorwaarden van de verzekering is opgenomen dat de klant wijzigingen die van invloed kunnen zijn op de verzekering z.s.m. moet doorgeven. Je kunt hierbij o.a. denken aan:

- | | |
|--|--|
| • Emigratie | • Overlijden (hoeft niet per se) |
| • Langdurig verblijf in het buitenland | • Aanvang of beëindiging van detentie |
| • Echtscheiding | • Aantreden of uittreden als militair in werkelijke dienst |
| • Geboorte | • Deelname aan een collectiviteit |

Als adviseur moet je alert zijn en blijven op mogelijke signalen die wijzen op een wijziging in de klantsituatie. Als je dit vermoedt, vraag dan door bij de klant. Als je als adviseur bijv. een geboortekaartje ontvangt van een bestaande klant met een zorgverzekering, neem dan contact op met deze klant om de dekking, premie en voorwaarden af te stemmen. Je wacht in dat geval dus niet af tot de klant contact met jou opneemt.

Overlijden: in geval van overlijden ontvangt de zorgverzekeraar automatisch een bericht van overlijden via de Basisregistratie Personen (BRP). De zorgverzekering stopt vervolgens automatisch. Het te veel betaalde bedrag aan premie en eigen risico wordt naar verhouding gerestitueerd.

Wanbetalers

Als adviseur moet je aan de klant kunnen uitleggen wat de gevolgen zijn van een premieachterstand. Informeer de klant tijdig over de mogelijke oplossingen, bijv. het treffen van een betalingsregeling. Hierdoor voorkom je hoge incassokosten en overdracht naar het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

6. Schadebehandeling

Praktijk

De meeste zorgkosten zullen rechtstreeks via de zorgaanbieder naar de zorgverzekeraar gaan. Maar sommige nota's zullen apart moeten worden ingediend. Hierbij kun je als adviseur een rol spelen.

Achtergrond

Taken adviseur:

- Uitleg geven over het eigen risico
- Uitleg geven over de eigen bijdrage
- Uitleg geven over eventuele dekkingsbeperkingen
- Uitleg geven over eventuele uitsluitingen
- Uitleg geven over de schadebehandelingsprocedure
- Zorgen voor een actief schaderegelingsbeleid (zowel vanuit de klant-kant als de verzekeraars-kant)
- Informeren van de klant over de voortgang tijdens de schadeafhandelingsprocedure
- Beoordelen of de schade-uitkering klopt, en toelichten aan de klant waarom deze klopt
- Vastleggen van alle stappen uit de schadebehandelingsprocedure in het schadedossier. Hiermee zorg je voor een reconstrueerbaar schadeproces.

Aansprakelijkheid: als zorgkosten ontstaan door het toedoen van een derde, dan kunnen deze kosten mogelijk verhaald worden op deze persoon. Je bent dan verplicht om de gegevens van deze persoon door te geven. Als je dit niet doet, kan de verzekeraar de keuze maken om de kosten niet te vergoeden. Dit verhaalsrecht is opgenomen in de voorwaarden van de verzekeraar.

Valkuilen:

- Doe als adviseur geen toezeggingen over uitkeringen. Ook al denk je op basis van de dekking en voorwaarden er zeker van te zijn dat er een uitkering zal plaatsvinden, is de verzekeraar uiteindelijk degene die deze beslissing neemt en onderbouwt.
- Stelt het klantbelang centraal, ook als de verzekeraar jouw werkgever of opdrachtgever is.

7. Integriteit

Dilemma

Dilemma = een moeilijke keuze tussen twee of meer alternatieven. Bij het bepalen van de beste oplossing moet je een juiste afweging maken tussen de belangen die omtrent het dilemma spelen. Bij de afweging houd je rekening met:

- **Privacy:** je mag gegevens alleen delen met betrokkenen en je dient je hierbij te houden aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
- **Klantbelang:** je geeft een advies op basis van het klantprofiel.
- **Transparantie:** je geeft een eerlijke en integere uitleg op het niveau van de klant.
- **Informatieplicht:** je informeert de klant proactief.
- **Inlevingsvermogen:** je bekijkt de situatie vanuit de klant.
- **Benoemen van voor- en nadelen:** je licht de voor- en nadelen toe, en biedt eventueel alternatieven.
- **Eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid:** je handelt alleen binnen je eigen bevoegdheden. Je verwijst dus tijdig door naar een gespecialiseerde adviseur.
- **Informatiesystemen:** je gebruikt informatiesystemen op een juiste manier en interpreteert deze ook op een juiste manier. Je blijft hierbij zelf nadenken en verifieert de uitkomst.
- **Documenten:** je controleert de documenten op echtheid (bijv. identiteitsbewijs) en je vraagt bij twijfel extra documenten op.
- **Stel je kwetsbaar op:** je geeft fouten toe (zowel aan je leidinggevende als aan de klant) en zoekt naar mogelijke oplossingen.
- **Herken fraudesignalen:** je luistert hierbij naar je onderbuikgevoel.

Soms komen de bedrijfsdoelstellingen en het klantbelang recht tegenover elkaar te zijn. Een bedrijfsdoelstelling kan bijv. zijn om met een x percentage te groeien in de zorgverzekeringen portefeuille. Je wilt dan als bedrijf zoveel mogelijk klanten verzekeren, en liefst zo uitgebreid mogelijk. Dit is echter niet in het klantbelang.

“Het klantbelang staat uiteindelijk centraal. Je adviseert dus in het belang van de klant, en stelt de bedrijfsbelangen ondergeschikt aan het klantbelang.”

Fouten en fraude in de zorg

Fouten en fraude in de zorg kunnen door zowel zorgverleners als door verzekerden worden gemaakt/gepleegd.

Fraude = een vorm van bedrog waarbij de fraudepleger zaken anders voorstelt dan de werkelijkheid. Fraude is een misdrijf en strafbaar. Dit geldt zowel voor het plegen van fraude als het daaraan meewerken.

Fraudevormen:

- **Majoreren** = het met opzet meer claimen dan de daadwerkelijk geleden schade.
- **Fingeren** = het doen voorkomen dat er schade is geleden, of het verdraaien van de feiten van de schade zodat deze onder de dekking valt.
- **Ensceneren** = het opzettelijk veroorzaken van schade voor het verkrijgen van een uitkering.
- **Opzettelijke misleiding** = het opzettelijk niet (volledig) doorgeven van de benodigde informatie voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.

Fraude door zorgverleners

De Taskforce Integriteit Zorgsector is in het leven geroepen om fraude door zorgverleners aan te pakken. Hierbij zijn de volgende negen partijen betrokken geweest:

1. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
3. Belastingdienst
4. Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD)
5. Inspectie SZW
6. Openbaar Ministerie (OM)
7. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
8. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
9. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

Fraudevormen:

- **Spookzorg** = het declareren van zorg die niet geleverd is. Denk hierbij aan: het fictief opvoeren van patiënten, behandelingen declareren die niet hebben plaatsgevonden (valselijk opgemaakte medische verklaringen).
- **Pakketfraude** = het declareren van onverzekerde zorg als verzekerde zorg.
- **Dubbele bekostiging** = het dubbel claimen van geleverde zorg:
 - Bij de patiënt en zorgverzekeraar
 - Op basis van meerdere bekostigingssystemen
 - Bij aanbieders met een vaste en variabele component
 - Openen van meerdere DBC's voor één zorgvraag (geen multidisciplinaire behandeling!)
- **Foutieve declaraties** =
 - Opknippen = apart declareren van onderdelen van een bundel zorgactiviteiten zodat er een hogere opbrengst kan worden behaald.
 - Upcoding = declareren van een duurdere behandeling dan geleverd is.
- **Tegen/om de patiënt:**
 - Verwijsvergoeding = het onrechtmatig verwerven van patiënten door een verwijsvergoeding te betalen aan huisartsen.
 - U-bochtconstructie = het ontvangen van een dubbele vergoeding door een onderdeel van een bundel zorgactiviteiten apart in rekening te brengen (combinatie van opknippen en dubbel declareren).
 - Onterechte bijbetalingen = het door patiënten onterecht laten bijbetalen voor geleverde zorg.
- **Te hoge indicatie** = het voorstellen van een ernstigere zorgbehoefte van een patiënt ten opzichte van de realiteit.
- **PGB-fraude** = fraude met het persoonsgebonden budget. Denk hierbij aan: het besteden van het budget aan andere zaken dan zorg, het niet overeenkomen van de declaratie met de ingekochte/geleverde zorg, het afgeven van een onnodig of te hoge indicatie.

Fraude door verzekerden

Fraude-indicatoren = signalen waaraan fraude te herkennen is.

- Niet of onjuist beantwoorden van vragen op het aanvraagformulier
- Niet reageren op vragen of de gevraagde informatie niet leveren
- Vreemde verhalen over het ontstaan van een schade
- Aankoopnota's of facturen aanpassen (datum/bedrag e.d.)
- In een kort tijdbestek een hoop schade claimen

Fraudesituaties:

- Nota wijzigen en declareren
- Opmaken en declareren van een fictieve nota
- Aanvragen van een aanvullende verzekering onder valse voorwendselen
- Meer behandelingen en/of verstrekkingen declareren dan werkelijk zijn ontvangen
- Schade claimen voor een andere persoon (omdat deze niet verzekerd is)
- Omschrijving van de nota wijzigen
- Declareren van een behandeling op een andere datum dan deze heeft plaatsgevonden

Acties bij fraude: als een medewerker (mogelijke) fraude opmerkt, dient hij deze informatie te delen met de leidinggevende of aanwezige fraudecoördinator. Het achterhouden van informatie is strafbaar. Verzekeraars hebben bij geconstateerde fraude een aantal mogelijkheden:

- Opzeggen van de polis of aanbieden van andere voorwaarden
- Onthouden of terugvorderen van een uitkering
- Aangifte doen bij de politie
- Fraude melden op een waarschuwingslijst (FISH)

Integer omgaan met klantgegevens

In de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is vastgelegd wat je van een klant mag vastleggen, en met wie je deze informatie mag delen. Vermeld aan de klant wat je met zijn/haar gegevens doet. Als je bijv. de informatie wil delen met een collega (bijv. voor advies) vraag hier dan expliciet toestemming voor aan de klant. Hiermee laat je aan de klant zien dat je vertrouwelijk met zijn/haar gegevens omgaat.

Je hebt als tussenpersoon of verzekeraar een informatieplicht omtrent het afgesloten product. Als je de klant ook wil informeren over acties/aanbiedingen of andere producten, dan moet de klant hier toestemming voor geven.

Doorverwijzen

Je wijst als Adviseur Zorgverzekeringen door op het moment dat de klantvraag niet binnen je bevoegdheden of expertisegebied valt, of je geen passende verzekering kunt adviseren omdat je deze niet in het aanbod hebt. Als je binnen het bedrijf waar je werkt geen adviseur met de juiste bevoegdheden hebt, of het aanbod niet hebt, dan verwijst je door naar een andere partij of concurrent.

Vraag klant afhandelen

Als de klantvraag in jouw afhandelingsgebied valt, en je hebt de juiste bevoegdheden, dan dien je de klant zo goed mogelijk te helpen. Scheep de klant niet af, en stuur hem ook niet van het kastje naar de muur. Een goede Adviseur Zorgverzekeringen kenmerkt zich door de volgende eigenschappen:

- Klantvriendelijk
- Resultaatgericht handelen
- Empathisch (begrip tonen en jezelf verplaatsen in de klant)
- Strategisch met emoties omgaan
- Duidelijk communiceren



WFTsamenvattingen

Alphen aan den Rijn

0614322086

info@wftsamenvattingen.nl

www.wftsamenvattingen.nl