

Convenant Samenloop Reisen Zorgverzekeraars 2026 t/m 2028



VERBOND VAN VERZEKERAARS



De partijen,

1. Zorgverzekeraars Nederland, gevestigd te Zeist, verder te noemen: Zorgverzekeraars Nederland,
en
2. Verbond van Verzekeraars, gevestigd te Den Haag, verder te noemen: het Verbond,

Overwegende dat:

1. Zowel de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering als de reisverzekering dekking biedt van medische kosten;
2. Als gevolg daarvan sprake kan zijn van samenloop van verzekering in geval een verzekerde naast zijn zorg- en aanvullende ziektekostenverzekering ook een reisverzekering met een dekking voor medische kosten afsluit;
3. De hieruit voortkomende samenloop vraagt om heldere afspraken tussen zorg- en ziektekostenverzekeraars en de reisverzekeraars over de afwikkeling van de schade en het door elk van hen te dragen risico;
4. Uit het oogpunt van goede consumentenvoorlichting, duidelijkheid over de rechten van de verzekerde uit hoofde van de zorg-, de aanvullende ziektekostenverzekering en de reisverzekering voor zover het medische kosten en de kosten van repatriëring betreft, gewenst is;
5. Het in het belang van de verzekerde is dat hij, ook in geval van samenloop, voor de melding en de afwikkeling van zijn schade, met één alarmcentrale respectievelijk één verzekeraar te maken heeft;
6. Zorgverzekeraars en reisverzekeraars elk hun eigen verantwoordelijkheid hebben bij het stellen van de voorwaarden van verzekering en de in rekening te brengen premies;

Komen als volgt overeen:

Artikel 1. Definities

- a. *zorgverzekeraar*: de schadeverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
- b. *ziektekostenverzekeraar*: de schadeverzekeraar als bedoeld in de bijlage branches van de Wet financieel toezicht met vergunning voor de branches 1 en 2;
- c. *reisverzekeraar*: de schadeverzekeraar als bedoeld in de bijlage branches van de Wet financieel toezicht met vergunning voor de branches 1, 2, 16 en 18;
- d. *alarmcentrale*: de door de schade- en/of ziektekosten- en/of reisverzekeraar(s) aangewezen instantie die de hulpverlening aan het slachtoffer in gang zet en coördineert;
- e. *slachtoffer*: degene die in het buitenland wegens acute noodzaak een beroep doet op medische zorg in verband met ziekte of ongeval;
- f. *zorgverzekering*: de verzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet;
- g. *aanvullende verzekering*: een in aanvulling op de dekking van de zorgverzekering gesloten ziektekostenverzekering;
- h. *reisverzekering*: een schadeverzekering die dekking biedt voor tijdens een reis of vakantie gelopen risico's zoals die van diefstal, schade, ziekte en ongeval.
Voor zover reeds bestaande verzekeringen daarvoor ook dekking bieden geldt de reisverzekering als aanvullend.

- i. *samenloop*: er is sprake van samenloop indien en voor zover de kosten van medische zorg en repatriëring in en vanuit het buitenland zowel op de zorgverzekeringspolis en/of op de polis voor de aanvullende verzekering als op de polis voor de reisverzekering zijn gedekt.
- j. *medische noodzaak*: er is sprake van medisch noodzakelijke repatriëring op de zorg- of ziektekostenverzekering wanneer, volgens de arts van de alarmcentrale één van onderstaande punten I tot III van toepassing is, of wanneer behandeling in het buitenland duurder is:
 - I. de medische zorg in het land waar de verzekerde zich bevindt is naar oordeel van de alarmcentrale-arts van onvoldoende niveau of kan niet (tijdig) genoeg gegeven worden waardoor repatriëring of evacuatie, met medische begeleiding en voorzieningen, naar een plaats waar deze medische zorg wel gegeven kan worden nodig is. Van onvoldoende niveau van medische zorg is sprake als:
 - de medische kennis van de artsen ter plaatse onvoldoende is om de aandoening van de patiënt te behandelen of
 - de faciliteiten ter plaatse onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging).
 - II. De behandeling van de patiënt moet, naar oordeel van de alarmcentrale-arts, na de repatriëring naar Nederland (of de grensgebieden in België of Duitsland) worden voortgezet in de vorm van een opname (i.e. intramuraal).
 - III. In verband met een ernstige voorgeschiedenis is behandeling in Nederland, naar oordeel van de behandelend alarmcentrale-arts, door de eigen behandelaar wenselijk voor (herstel van) de verzekerde (bijvoorbeeld bij psychiatrie en oncologie). Hierbij hoeft geen sprake te zijn van heropname in Nederland. Er moet wel sprake zijn van een acute en onvoorziene zorgvraag tijdens verblijf van de betrokkene in het buitenland.

Artikel 2. Schademelding en garantstelling

1. De alarmcentrale die als eerste benaderd wordt door de verzekerde in verband met een ongeval of ziekte als gevolg waarvan wegens acute noodzaak medische kosten in het buitenland worden gemaakt, draagt zorg voor de afhandeling van de schade en de noodzakelijke garantstelling jegens derden door of namens de zorg-, ziektekosten- of reisverzekeraar. Deze alarmcentrale wordt in dit Convenant aangeduid als “de behandelende alarmcentrale”.
2. De zorg-, ziektekosten- en/of reisverzekeraar stellen vast bij welke verzekeraars de getroffen reiziger(s) verzekerd zijn voor medische kosten.

Artikel 3. Repatriëring

1. Indien in de polis van de zorg- en/of ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de kosten van repatriëring de voorwaarde van “medische noodzaak” is opgenomen, komen in geval van repatriëring wegens medische noodzaak de kosten van repatriëring van het slachtoffer ten laste van de zorg- of ziektekostenverzekering van het slachtoffer.
2. Indien wegens medische noodzaak repatriëring van het slachtoffer plaatsvindt ziet de zorg- en/of ziektekostenverzekeraar af van regres op de reisverzekeraar.
3. Voor kosten van repatriëring neemt de reisverzekeraar geen regres op de zorg- en/of ziektekostenverzekeraar wanneer de repatriëring heeft plaatsgevonden zonder medische noodzaak.
4. Zorg-, ziektekosten en reisverzekeraars komen met de door hen in te schakelen alarmcentrales overeen, dat relevante medewerkers van deze alarmcentrales kennis nemen van het in en bij dit Convenant bepaalde, en hiernaar in voorkomende gevallen zullen handelen.
5. De beoordeling van de medische noodzaak van de repatriëring vindt plaats conform, en wordt vastgelegd middels, het formulier *Beoordeling medische noodzaak repatriëring*, zoals toegevoegd aan dit convenant in bijlage 2.
6. Zorg-, ziektekosten en reisverzekeraars komen overeen dat zij het oordeel over de aard van de noodzaak van de repatriëring van de behandelende alarmcentrale, zullen overnemen, mits aan het

gestelde in het vijfde lid is voldaan. Om vast te stellen of aan het gestelde in het vijfde lid is voldaan, verstrekt de behandelende alarmcentrale op verzoek het door de alarmcentrale-arts ingevulde formulier aan de zorg-, ziektekosten- of reisverzekeraar die hem inschakelt.

Artikel 4. Regres voor medische kosten

1. Indien de reisverzekeraar als gevolg van het bepaalde in artikel 2, eerste lid, zorggedragen heeft voor de garantstelling jegens derden en de vergoeding van gemaakte medische kosten dan heeft de reisverzekeraar recht van regres op:
 - a. de zorgverzekeraar voor zover de gemaakte kosten gedekt zijn ingevolge de Zorgverzekeringswet voor 100% van de gemaakte medische kosten;
 - b. de zorgverzekeraar of de ziektekostenverzekeraar voor zover de gemaakte kosten gedekt zijn op de buitenlanddekking van de aanvullende ziektekostenverzekering voor:
 - 100% van de gemaakte kosten in geval niet tevens sprake is van dekking van medische kosten op een reisverzekering; dan wel
 - 50% van de gemaakte kosten in geval tevens sprake is van dekking van medische kosten op een reisverzekering
 - c. het slachtoffer voor zover de door hem ten behoeve van zichzelf en/of zijn meereizende gezinsleden gemaakte medische kosten niet door enige zorg-, ziektekosten- en/of reisverzekering zijn gedekt.
2. Indien de zorgverzekeraar als gevolg van het bepaalde in artikel 2, eerste lid, zorggedragen heeft voor de garantstelling jegens derden en de vergoeding van gemaakte medische kosten dan heeft de zorgverzekeraar recht van regres op:
 - a. de reisverzekeraar voor zover de gemaakte kosten niet gedekt zijn ingevolge de zorgverzekering voor:
 - 100% indien niet tevens sprake is van een dekking voor medische kosten in het buitenland op grond van een aanvullende ziektekostenverzekering;
 - 50% indien tevens sprake is van een dekking voor medische kosten op grond van de buitenlanddekking van een aanvullende ziektekostenverzekering;
 - b. het slachtoffer voor zover de door hem ten behoeve van zichzelf en/of zijn meereizende gezinsleden gemaakte medische kosten niet door enige zorg-, ziektekosten- en/of reisverzekering zijn gedekt.
3. De vergoeding van de gemaakte kosten op grond van het in lid 1 onder a en b, of het in lid 2 onder a, gestelde, bedraagt ten hoogste de maximale dekking van de polis van de zorg-, ziektekosten- of reisverzekeraar.

Artikel 5. Informatie-uitwisseling en privacybescherming

1. Verzekeraars verstrekken elkaar de informatie die nodig is:
 - a) om te kunnen vaststellen of iemand verzekerd is ingevolge de Zorgverzekeringswet, een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering met buitenlanddekking en/of een reisverzekering met dekking voor medische kosten en repatriëring;
 - b) om te kunnen vaststellen of sprake is van samenloop van de zorg-, ziektekosten-kosten- en reisverzekering;
 - c) om te kunnen vaststellen of er sprake is van medische noodzaak ingeval van repatriëring;
 - d) voor het goed en zorgvuldig kunnen afwikkelen van de schade;
 - e) voor het kunnen nemen van regres;
 - f) om dit convenant te kunnen evalueren.
2. Zorg-, ziektekosten- en reisverzekeraars nemen bij onderlinge informatie-uitwisseling, en bij het met informatie-uitwisseling alarmcentrales, de toepasselijke wet- en regelgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens in acht.

3. De partij waarop regres wordt gepleegd maakt het te betalen bedrag binnen 90 werkdagen aan de andere partij over.

Artikel 6. Voorlichting

1. De zorgverzekeraars, ziektekostenverzekeraars en reisverzekeraars informeren hun (aspirant-) verzekerden over de omvang van de dekking voor medische kosten en de mogelijke samenloop.
2. Voor de informatie aan hun (aspirant-)verzekerden kunnen verzekeraars gebruik maken van de door de opstellers van dit convenant opgestelde basisteksten, als opgenomen in bijlage 1.
3. De zorgverzekeraars, ziektekostenverzekeraars en reisverzekeraars informeren de door hen ingeschakelde alarmcentrales actief over de inhoud van dit Convenant ten aanzien van de werkwijze, verslaglegging en informatie-uitwisseling met betrekking tot de beoordeling van de aard van de noodzaak van de repatriëring.

Artikel 7. Titel en ingangsdatum

1. De citeertitel van de onderhavige overeenkomst is: Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeraars 2026 t/m 2028.
2. Dit convenant treedt in werking op 1 januari 2026 om 0.00 uur en zal van rechtswege eindigen op 31 december 2028 om 24.00 uur. Het convenant is aangegaan voor de duur van drie jaar, met een stilzwijgende verlenging van 1 jaar;
3. Uiterlijk 6 maanden voorafgaand aan de einddatum van dit convenant, derhalve uiterlijk 1 juli 2028, zullen ZN en Verbond het convenant evalueren en met elkaar in overleg treden over mogelijke voortzetting;
4. Wanneer één van de partijen door een wetswijziging geen uitvoering meer kan geven aan dit convenant, vervalt het convenant van rechtswege. Partijen treden vervolgens in overleg over de voortzetting van het convenant in aangepaste vorm.

Artikel 8. Verschil van inzicht

1. Wanneer een verschil van inzicht over de uitvoering van dit convenant ontstaat wordt eerst geprobeerd om dit via de contactpersonen/ managers van verzekeraars binnen een termijn van 6 weken in onderling overleg op te lossen.

Artikel 9. Tussentijds overleg

1. Wanneer één van de convenantspartijen een wijziging aanbrengt die de inhoud van het convenant raakt, is dat een reden om opnieuw (tussentijds) met elkaar in gesprek te gaan.

Artikel 10. Opzegging door deelnemende verzekeraars

1. Een deelnemer aan dit convenant kan zijn deelname beëindigen door middel van een met redenen omklede opzegging.
2. De opzegging dient schriftelijk te gebeuren bij aangetekende post en moet gezonden worden aan het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag.
3. De opzegging is van kracht zes maanden na de datum van ontvangst van de schriftelijke opzegging.

Aldus opgemaakt en ondertekend in tweevoud:

Verbond van Verzekeraars
mr. R. Weurding, algemeen directeur

Zorgverzekeraars Nederland
mw. P.H. van Holst-Wormser, algemeen directeur

Bijlagen bij dit convenant:

Bijlage 1 Voorbeeldteksten informatievoorziening aan (aspirant)verzekerden

Bijlage 2 Formulier beoordeling medische noodzaak repatriëring

Toelichting Convenant Samenloop Reis- en zorgverzekeraars 2026-2028

Inleiding

Dit convenant dient twee doelen; in de eerste plaats het verschaffen van duidelijkheid aan de (aspirant-) verzekerden over een mogelijke samenloop van zorg-, aanvullende ziektekosten en reisverzekeringen op de dekking van medische kosten en van repatriëring. Hierdoor kan zowel dubbele verzekering als onvoldoende verzekering van de medische kosten bij acute zorg in het buitenland worden voorkomen. In de tweede plaats regelt het convenant wanneer en hoe de verzekeraars regres kunnen nemen in geval sprake is van samenloop. Daarmee worden lastige trajecten met zogenoemde na u clausules voorkomen.

De in dit convenant vastgelegde afspraken tussen de zorg-, ziektekosten-, en reisverzekeraars zijn gericht op voorkoming van samenloop en waar zich samenloop voordoet op het vastleggen van afspraken gericht op:

- de afhandeling van schademeldingen: wie is verantwoordelijk;
- de afstemming van de dekkingen voor medische kosten van de verschillende verzekeringen om samenloop zoveel mogelijk te voorkomen;
- afspraken over de verrekening van kosten in geval van samenloop van zorg-, ziektekosten- en reisverzekeringen van een verzekerde;
- afspraken over de formulering van de aanspraak op repatriëring, in het bijzonder met betrekking tot de voorwaarde “mits medisch noodzakelijk” en daarmee vergelijkbare voorwaarden.

Het convenant voorziet erin dat de verzekerde er van op aan kan dat in geval van acute medische hulp in het buitenland, de zorg goed op gang komt en de schadeafwikkeling snel en conform de polisvoorwaarden geschiedt.

Artikel 2. Schademelding en garantstelling

Een hulpvraag komt vrijwel altijd binnen bij de alarmcentrale van de verzekeraar. Dat kan de alarmcentrale van de zorg- of de reisverzekeraar zijn. Soms is dat dezelfde.

Uitgangspunt is dat de alarmcentrale van de verzekeraar bij wie de hulpvraag/schademelding binnenkomt de noodzakelijke acties onderneemt om de hulpverlening in gang te zetten en zorg te dragen voor beperking van de schadelast. Hiertoe behoort ook het afgeven van garanties aan hulp- en zorgverleners voor de aan de medische zorgverlening verbonden kosten (voor zover onderdeel van de dekking van de zorg- en/of reisverzekering). Hiermee wordt het slachtoffer de noodzakelijke hulp- en zorgverlening gewaarborgd vanuit één aanspreekpunt. Achter dit loket vindt dan de afstemming met andere verzekeraars, de informatie-uitvraag, de vaststelling van de verschillende verzekeringsaanspraken en het nemen van regres plaats.

Voor het kunnen vaststellen welke verzekeraar gehouden is tot betaling van de voor de hulp- en zorgverlening gemaakte kosten is van belang om te weten welke verzekeringen het slachtoffer voor de dekking van de medische kosten en de reisverzekering heeft afgesloten. De zorg-, ziektekosten- en reisverzekeraars informeren elkaar desgevraagd daarover.

Artikel 3. Repatriëring

Repatriëring is een belangrijk onderdeel van de dekking van de reisverzekering. De reis-verzekeraar stelt een aantal voorwaarden aan de verzekerde voor een beroep op deze aanspraak zoals een ongeval of ernstige ziekte van een familielid, psychische/psychiatrische problemen van de verzekerde of diens partner of wanneer de woning of het bedrijf van de verzekerde door storm of brand is getroffen. Er vindt dan veelal repatriëring plaats van het gehele reisgezelschap (de verzekerden).

Ook in de aanvullende verzekering van de ziektekostenverzekeraar komt een dekking voor repatriëring voor. Daaraan is veelal de voorwaarde van “medische noodzaak” verbonden. Deze repatriëring heeft een heel andere achtergrond dan die bij de reisverzekeraars. Uitgangspunt bij zorgverzekeraars is behandeling in Nederland. Daarom vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van repatriëring (van alleen de patiënt) indien:

- de patiënt zich bevindt in een land waar de medische zorg niet (tijdig) genoeg kan worden gegeven.
- de patiënt zich bevindt in een land waar de faciliteiten ter plaatse onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging).

en dat daarom de behandelend alarmcentrale-arts het beter vindt hem elders (toelichting hoeft immers niet persé NL te zijn) te laten behandelen of als dat vanuit kosten oogpunt verstandig is (zie ook definitie ‘medische noodzaak’ in artikel 1).

De ziektekostenverzekeraar oordeelt wat medisch noodzakelijk is. Veelal vindt repatriëring dan ook plaats niet op verzoek van de verzekerde maar op “voorschrift” van de verzekeraar. Het betreft dan ook uitsluitend het slachtoffer zelf en niet de gezinsleden. Alleen in geval het slachtoffer minderjarig is, zal ook de repatriëring van (een van) de ouders kunnen plaatsvinden. Zorgverzekeraars zullen geen regres nemen op de reisverzekeraar indien de repatriëring van het slachtoffer op verzoek van de zorgverzekeraars plaatsvindt wegens medische noodzaak. Evenzo zullen reisverzekeraars geen regres nemen op de ziektekostenverzekeraar die in zijn aanvullende verzekering repatriëring (in geval van medische noodzaak) heeft gedekt, in geval een reisverzekerde een beroep doet op repatriëring als gedekt in de reisverzekering.

Artikel 4. Regres voor medische kosten

Vanwege de afspraak dat de alarmcentrale van de verzekeraar die als eerste door het slachtoffer wordt benaderd zorgdraagt voor de hulp- en zorgverlening kan zich een tweetal situaties voordoen voor de afwikkeling van de schade en het nemen van regres, namelijk één waarbij de alarmcentrale van de reisverzekeraar de hulp- en zorgverlening coördineert en één waarbij de alarmcentrale van de zorgverzekeraar dan wel ziektekostenverzekeraar de hulp- en zorgverlening coördineert. Artikel 3 bepaalt hoe in beide gevallen bij samenloop en bij het ontbreken van verzekeringsdekking met regres van de gemaakte medische kosten wordt omgegaan

Alarmcentrale reisverzekeraar

Benadert de verzekerde de alarmcentrale van de reisverzekeraar dan draagt de reisverzekeraar zorg voor het afgeven van de garantie en de vergoeding van de gemaakte medische kosten. De reisverzekeraar neemt dan regres op de zorgverzekeraar voor zover de kosten gedekt zijn op grond van de Zorgverzekeringswet.

In geval ook sprake is van een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering met dekking van ziektekosten in het buitenland dan neemt de reisverzekeraar regres op de ziektekostenverzekeraar voor 50% van de resterende (niet door de Zorgverzekeringswet gedekte) medische kosten (voor zover gedekt door de ziektekostenverzekering).

Is geen sprake van een buitenlanddekking in de aanvullende ziektekostenverzekering dan komen de medische kosten, voor zover deze niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht, geheel ten laste van de reisverzekeraar (voor zover gedekt door de reisverzekering).

Hoewel niet aannemelijk (immers de verzekerde heeft de alarmcentrale van de reisverzekeraar benaderd): als geen sprake is van een dekking voor medische kosten op de reisverzekering dan dient de reisverzekeraar de overige medische kosten bij de verzekerde in rekening te brengen.

Alarmcentrale zorgverzekeraar

Benadert de verzekerde de alarmcentrale van de zorgverzekeraar dan draagt de zorgverzekeraar zorg voor het afgeven van de garantie en de vergoeding van de gemaakte (en verzekerde) medische kosten. De zorgverzekeraar neemt dan regres op de reisverzekeraar voor zover de medische kosten de kosten gedekt op de zorgverzekering te boven gaan.

Is naast de zorgverzekering ook sprake van een buitenlanddekking voor medische kosten op de aanvullende verzekering dan neemt de ziektekostenverzekeraar regres op de reisverzekeraar voor 50% van de door de aanvullende verzekering gedekte medische kosten.

Als geen sprake is van een dekking voor medische kosten op de reisverzekering dan dient de zorgverzekeraar de niet door de zorgverzekering gedekte medische kosten:

- ten laste te brengen van de door hem ten behoeve van de verzekerde gesloten aanvullende verzekering; of
- regres te nemen op de verzekeraar bij wie de verzekerde medische kosten in het buitenland op een aanvullende verzekering heeft gedekt; of
- bij de verzekerde in rekening te brengen in geval geen sprake is van een aanvullende verzekering met dekking van medische kosten in het buitenland.

Alarmcentrale ziektekostenverzekeraar

Benadert de verzekerde de alarmcentrale van zijn ziektekostenverzekeraar bij wie hij een aanvullende verzekering heeft lopen, en dit is niet tevens zijn zorgverzekeraar, dan draagt de ziektekostenverzekeraar zorg voor het afgeven van de garantie en de vergoeding van de gemaakte (en verzekerde) medische kosten.

Dit is een consequente doortrekking van de gekozen lijn waarbij de eerst aangesproken (alarmcentrale van de) verzekeraar zorgdraagt voor de één-loketfunctie voor de hulpvrager (verzekerde). Vanwege de door de zorgverzekeraar af te geven Europese verzekeringskaart, waarop veelal is aangegeven tot welke alarmcentrale de verzekerde zich in geval van ziekenhuisopname in het buitenland moet wenden, is te verwachten dat de verzekerde zich vooral tot de alarmcentrale van zijn zorgverzekeraar zal richten. Het zal dus waarschijnlijk maar zelden voorkomen dat de verzekeraar die de aanvullende verzekering uitvoert als eerste zal worden benaderd.

Daarom is afgesproken om niet de ziektekostenverzekeraar van de aanvullende verzekering in dat geval als eerstverantwoordelijke verzekeraar te laten optreden maar de zorg- of reisverzekeraar.

Afhankelijk van de keuze die hierin wordt gemaakt kan dan de procedure van hulpvraag/schadeafwikkeling en regres als hierboven aangegeven, worden gevolgd.

Artikel 5. Informatie uitwisseling

Om vast te kunnen stellen of sprake is van een zorgverzekering en/of een aanvullende verzekering met dekking voor medische kosten in het buitenland, moet de reisverzekeraar van de verzekerde inzicht krijgen in de zorgverzekerings- en aanvullende verzekeringspolis. Om vast te kunnen stellen of sprake is van een aanvullende ziektekostenverzekering met buitenlanddekking en/of van een reisverzekering met dekking van medische kosten moet de zorgverzekeraar van de verzekerde inzicht krijgen in de aanvullende verzekerings- en reisverzekeringspolissen.

Voorts verstrekken de zorg-, ziektekosten- en reisverzekeraars elkaar desgevraagd de informatie die nodig is voor de vaststelling of sprake is van samenloop, voor het kunnen afwikkelen van de schade en voor het kunnen nemen van regres in geval van samenloop.

Uitwisseling van ervaringen met de werking van dit convenant kunnen een rol spelen bij de evaluatie van het convenant.

Artikel 6. Voorlichting

Een belangrijk doel van het convenant is het bieden van duidelijkheid aan de (aspirant-) verzekerde over de dekking van de in dit convenant genoemde verzekeringen. De consument kan zich daarmee een goed oordeel vormen over zowel de noodzaak van het sluiten van de verschillende verzekeringen als over de wijze waarop hij zich, in geval van noodzakelijk hulp- en zorgverlening, tot de alarmcentrale van zijn verzekeraar moet wenden. Dat is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de verzekeraars zelf. Het convenant verplicht hen de (aspirant-)verzekerden te informeren over de omvang van de dekking en een mogelijke samenloop met andere verzekeringsdekkingen.

Om hen daarbij behulpzaam te zijn biedt het convenant een aantal basisteksten die de verzekeraars daarvoor zouden kunnen gebruiken maar die in ieder geval in voor de consument begrijpelijke bewoordingen de afspraken terzake in dit convenant bevatten.

Artikel 7. Titel en ingangsdatum

Het Convenant Samenloop Reis- en Zorgverzekeraars 2026-2028 treedt in werking op 1 januari 2026 en heeft een looptijd van 3 jaar. Het convenant zal eindigen op 31 december 2028 en kan daarna worden verlengd. Uiterlijk 6 maanden voorafgaand aan de einddatum van dit convenant, derhalve op uiterlijk 1 juli 2028, zullen ZN en Verbond het convenant evalueren en met elkaar in overleg treden over mogelijke voortzetting. Datum aanmelding is bepalend voor de ingangsdatum van het convenant.

Artikel 8. Verschil van inzicht

Wanneer een verschil van inzicht over de uitvoering van dit convenant ontstaat wordt eerst geprobeerd om dit via de contactpersonen/ managers van verzekeraars binnen een termijn van 6 weken in onderling overleg op te lossen.

Artikel 9. Tussentijds overleg

Wanneer één van de convenantspartijen een wijziging aanbrengt die de inhoud van het convenant raakt, is dat een reden om opnieuw (tussentijds) met elkaar in gesprek te gaan.

Artikel 10. Opzegging

De deelnemer kan besluiten zijn deelname aan het convenant op te zeggen. Een dergelijke opzegging dient altijd schriftelijk per aangetekende post en met redenen omkleed te geschieden. De opzegging is pas effectief na het verstrijken van een periode van 6 maanden na de ontvangst van de opzegging. Hiermee wordt voorkomen dat een verzekeraar in het zicht van een voor hem op dat moment ongewenste uitwerking van het convenant zich voortijdig aan zijn verplichtingen uit hoofde van dit convenant onttrekt.

Bijlage 1 Voorbeeldteksten informatievoorziening aan (aspirant)verzekerden

Medische kosten in het buitenland

Op grond van de Zorgverzekeringswet is iedereen die tijdelijk in het buitenland verblijft voor vakantie of zakenreis verzekerd voor acute zorg. Dat wil zeggen zorg die nodig is om overlijden of onherstelbare gezondheidsschade te voorkomen. Natuurlijk kunt u ook een huisarts raadplegen of bij de apotheek medicijnen halen. Bij het invoeren van medische hulp in het buitenland moet u altijd uw zorgverzekeraar zo snel mogelijk informeren. De meeste verzekeraars hebben daarvoor het nummer van een alarmcentrale. Neemt u dat nummer mee als u op reis gaat. De alarmcentrale kan er voor zorgen dat u snel de noodzakelijke medische hulp krijgt.

De zorgverzekering

De mate waarin de zorgkosten worden vergoed is afhankelijk van het land van verblijf en van de keuze die u maakt bij het invoeren van zorg. In de EU-lidstaten en de zogenoemde Verdragsstaten kunt u de zorg krijgen die in die landen gebruikelijk is. U dient dan de Europese verzekeringskaart te overleggen. In die gevallen krijgt u veelal geen nota voor de medische behandeling, maar stuurt het ziekenhuis of de specialist de nota naar Nederland voor betaling. De eigen bijdragen die gelden in het land van verblijf komen voor uw rekening.

In EU-lidstaten en de zogenoemde Verdragsstaten kunt u ook kiezen voor aanspraak op de zorgverzekering. U houdt dan de Europese verzekeringskaart op zak. U heeft dan aanspraak op vergoeding van de medische kosten, voor zover gedekt door uw zorgverzekeringspolis, tot ten hoogste 100% van het Nederlands tarief. U betaalt dan geen eigen bijdragen; wel geldt een eventueel eigen risico op uw zorgverzekering. Soms moet u een deel van de nota ter plaatse betalen of vraagt het ziekenhuis een betalingsgarantie van uw verzekeraar. De website www.zorginstituutnederland.nl biedt inzicht in de omvang van de dekking in de afzonderlijke landen.

Gaat u naar een niet-EU-land of niet-Verdragsstaat dan heeft u recht op vergoeding van kosten, voor zover gedekt door de zorgverzekering, tot ten hoogste 100% van het Nederlands tarief. Met name in dure landen komt u dan wel voor hoge eigen kosten te staan. Ook geldt in dat geval uw eigen risico op de zorgverzekeringspolis.

Afhankelijk van het land waar u verblijft, en in EU-landen, de keuze voor wel of niet het gebruik van de Europese verzekeringskaart, komt een kleiner of groter deel van de medische kosten voor uw eigen rekening. Ook voor deze kosten kunt u bij uw zorgverzekeraars een verzekering afsluiten.

De aanvullende ziektekostenverzekering

Een aanvullende ziektekostenverzekering met een zogenoemde buitenland dekking biedt ook vergoeding van kosten die uitgaan boven wat door de zorgverzekering wordt vergoed. Het moet dan wel gaan om medische kosten. Een aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor eventueel voor eigen rekening komende eigen betalingen of voor het eigen risico dat geldt op de zorgverzekeringspolis. Soms is de dekking van de aanvullende verzekering beperkt tot bijvoorbeeld 200% Nederlands tarief.

Indien in de aanvullende ziektekostenverzekering een dekking is opgenomen voor kosten van repatriëring dan is daaraan vaak de voorwaarde “mits medisch noodzakelijk” verbonden.

Dat wil zeggen dat de zorg- of ziektekostenverzekeraar het advies van de behandeld alarmcentrale-arts volgt en kan besluiten iemand die zorg nodig heeft elders (in een ander land, in de regel Nederland) te laten behandelen omdat:

- de verzekerde patiënt zich bevindt in een land waar de medische zorg niet (tijdig) genoeg kan worden gegeven;
- de verzekerde patiënt zich bevindt in een land waar de faciliteiten ter plaatse onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging);
- of als dat vanuit kosten oogpunt voor de zorg- of ziektekostenverzekeraar verstandig is.

Dekking van medische kosten en repatriëring op een reisverzekering

Heeft u naast uw zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering ook een reisverzekering met een dekking voor medische kosten, dan biedt die verzekering vaak dekking voor de kosten die niet door beide andere verzekeringen gedekt zijn.

De dekking van de reisverzekeraar voor repatriëring kent soms ook een bepaling “mits medisch noodzakelijk”, als voorwaarde voor het repatriëren van een reisgezelschap. Dat is dan meer een voorwaarde om voor repatriëring, dan wel vergoeding van de kosten daarvan, in aanmerking te komen.

Wanneer moet u geneeskundige kosten meeverzekeren op uw reisverzekering?

In het geval van acute medische zorg biedt uw zorgverzekering overal ter wereld dekking tot maximaal de kosten die in Nederland gemaakt hadden moeten worden. Als de zorg in het buitenland dus duurder is dan in Nederland, dan dekt uw zorgverzekering die kosten maar ten dele. Een aanvullende ziektekostenverzekering met buitenlanddekking biedt dan soelaas. Deze aanvullende verzekering dekt overigens niet de eigen bijdragen die u in een aantal landen moet betalen en ook niet het eigen risico dat u op uw zorgverzekering heeft. Met een reisverzekering zijn deze kosten wel (gedeeltelijk) te verzekeren. Twijfelt u over de hoogte van geneeskundige kosten in uw bestemmingsland, neemt u dan contact op met uw verzekeraar of uw verzekeringsadviseur.

Kosten van repatriëring dekt u via uw reisverzekering; de ziektekostenverzekeraar zal deze kosten alleen voor zijn rekening nemen als hij zelf vindt dat repatriëring nodig is wegens medische noodzaak. Dan kan de zorgverzekeraar besluiten alleen de zieke naar Nederland te halen voor medische zorg. Uw reisverzekering kent ruimere voorwaarden voor repatriëring die bovendien gelden voor alle (mede-)reizigers.

Bijlage 2 Formulier beoordeling medische noodzaak repatriëring

Aan _____

 Tel _____
 E-mail _____
 Dossiernummer _____
 Behandeld door _____
 Afdeling Medisch
 Datum / tijd _____

BEOORDELING MEDISCHE NOODZAAK

Dossiernummer _____
 Datum melding _____
 Reden van melding _____
 Diagnose (ingevuld indien van toepassing) _____

Naam _____
 Adres _____
 Woonplaats _____

Verzekering 1 _____
 Polisnummer _____
 Afgesloten bij _____

Verzekering 2 _____
 Polisnummer _____
 Maatschappij _____

Volgens het oordeel van de alarmcentrale-arts is er sprake van:

- ☐ Behandeling ter plaatse is duurder dan in Nederland/het thuisland
- ☐ Patiënt bevindt zich in een land waar de medische zorg niet (tijdig) genoeg kan worden gegeven.
- ☐ Patiënt bevindt zich in een land waar de faciliteiten ter plaatse onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging).
- ☐ De behandeling van patiënt moet na repatriëring naar Nederland (of grensgebieden in België/Duitsland of het thuisland) in een ziekenhuis of een andere zorginstelling naar inzicht van de behandelend alarmcentrale-arts worden voortgezet door opname respectievelijk heropname (dus geen dagbehandeling of -opname).

- ☐ In verband met een ernstige voorgeschiedenis is behandeling in Nederland (of het thuisland) door de eigen behandelaar wenselijk voor (herstel van) patiënt bijvoorbeeld bij psychiatrie en oncologie). Hierbij hoeft geen sprake te zijn van heropname in Nederland of het thuisland.

Is er sprake van heropname in Nederland (of grensgebieden in België of Duitsland) of het thuisland.

- ☐ Ja, in
☐ Nee

Is er sprake van evacuatie?

- ☐ Ja, naar
☐ Nee

Er is geen sprake van één van bovenstaande omstandigheden. Er is sprake van een sociale repatriëring.

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Er is sprake van heropname o.b.v. sociale indicatie

Toelichting:

Bijlage 3 Uitwisseling Persoonsgegevens bij Convenant samenloop reis- en zorgverzekeraars

Met het Convenant Samenloop reis- en zorgverzekeraars 2026-2028¹ (hierna: “het convenant”) hebben ZN en het Verbond afspraken vastgelegd over het onderling verhalen van zorgkosten, in geval een klant in het buitenland medische kosten moet maken. Dit convenant moet voorkomen dat klanten in deze situatie tussen wal en schip vallen, doordat (aanvullende) zorg- en reisverzekeraars naar elkaar verwijzen voor dekking. Op grond van het convenant kan de klant contact leggen met de alarmcentrale van de (aanvullende) zorgverzekeraar of de reisverzekeraar, waarna deze vervolgens de schadebehandeling op zich neemt. Vervolgens zoeken de verzekeraars onderling uit, welke dekkingen de klant heeft en nemen zij onderling verhaal conform de afspraken in het convenant, voor zover nodig.

Bij dit verhaal worden (bijzondere) persoonsgegevens uitgewisseld tussen alarmcentrales en verzekeraars of tussen verzekeraars rechtstreeks. Dit addendum beoogt dienaangaande vanuit privacyrechtelijk perspectief een nadere duiding te geven.

Verhaal in het kader van samenloop

Allereerst is van belang om op te merken dat het convenant de verdeling van kosten bij zowel zuivere samenloop regelt, als in geval van onverplichte betaling. Dit laatste speelt in geval van artikel 4 lid 1 onder b eerste bullet, en in geval van artikel 4 lid 2 onder a eerste bullet van het convenant. Op grond van artikel 7:961 BW hebben verzekeraars het recht onderling schade te verhalen, naar evenredigheid van de bedragen waarvoor eenieder afzonderlijk kan worden aangesproken, tenzij in de polisvoorwaarden een andere samenloopregeling is opgenomen. Artikel 7:961 lid 2 BW zorgt ervoor dat dat verhaalsrecht ook bestaat in geval een verzekeraar onverplicht heeft betaald.

Verdere verwerking van persoonsgegevens

De grondslag voor de verwerking van persoonsgegevens door verzekeraars is geregeld in artikel 6 lid 1 sub b AVG (uitvoering van de overeenkomst). Artikel 30 lid 3 onderdeel b UAVG geeft verzekeraars een uitzondering op het verbod op verwerking van gegevens omtrent de gezondheid. In het kader van verhaal vindt een verdere verwerking van persoonsgegevens plaats, in de zin dat persoonsgegevens worden uitgewisseld tussen verzekeraars. Voor de beantwoording van de vraag of een verdere verwerking voor een ander doel verenigbaar is met het oorspronkelijke doel, dient naar de in artikel 6 lid 4 AVG genoemde criteria te worden gekeken.

Om te bepalen of er sprake is van verenigbaarheid met het oorspronkelijke verwerkingsdoel, moet de verwerkingsverantwoordelijke (in casu de eerst aangesproken verzekeraar) rekening houden met:

- het verband tussen de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens zijn verzameld en de doeleinden van de voorgenomen verdere verwerking
- het kader waarin de persoonsgegevens zijn verzameld
- de aard van de persoonsgegevens, met name of bijzondere persoonsgegevens worden verwerkt,
- de mogelijke gevolgen van de verdere verwerking voor de betrokkene
- het bestaan van passende waarborgen, waaronder versleuteling of pseudonimisering.

Voor verzekeraars is de noodzakelijke gegevensverwerking in het kader van verhaal mogelijk op grond van verdere verwerking: de gegevensverwerking in het kader van dit verhaal hangt nauw samen met het uitvoeren van de overeenkomst, de gegevens zijn verzameld in het kader van de uitvoering van een overeenkomst met een vergelijkbare dekking, waarbij de gevolgen voor de betrokkene beperkt zijn. Verzekeraars hanteren verder passende waarborgen voor het verwerken van persoonsgegevens.

Proportionaliteit/subsidiariteit

Ook bij verdere verwerkingen is het zaak om zo min mogelijk gezondheidsinformatie uit te wisselen in het kader van het proportionaliteitsbeginsel. Doorgaans volstaan declaratiegegevens bij het uitvoeren van verhaal. In het kader van subsidiariteit is het relevant dat de onderlinge verhaalsmogelijkheid tussen verzekeraars voorkomt dat betrokkenen zich tot verschillende verzekeraars moeten wenden om de eigen zorgkosten vergoed te krijgen.

Informereren

Tot slot is van belang dat verzekeraars bij een gegevensverwerking klanten ook moeten informeren conform artikelen 13 en 14 AVG. Dus ook al brengt een specifieke verwerking zoals verhaal in het kader van samenloop weinig tot geen risico's mee voor de betrokkene, deze zal nog altijd wel geïnformeerd moeten worden over de verwerking. Dat kan over het algemeen plaatsvinden door hierover informatie in het privacy statement en eventueel in de polisvoorwaarden op te nemen.