



Convenant samenloop zorgverzekeringen/reisverzekeringen

Partijen,

1. De vereniging Zorgverzekeraars Nederland, gevestigd te Zeist, verder te noemen: Zorgverzekeraars Nederland,
en
2. De Vereniging 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 ziektekosten-verzekering 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. 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.
2. De zorg-, ziektekosten- en reisverzekeraar stellen vast bij welke verzekeraars de getroffen reiziger(s) verzekerd zijn voor medische kosten.
3. De reisverzekeraars, genoemd in bijlage 1b, kunnen daarvoor het door de Stichting Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen bij te houden ReferentieBestand Verzekerden Zorgverzekeringswet raadplegen.



Artikel 2. 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.

Artikel 3. Regres voor medische kosten

1. Indien de reisverzekeraar als gevolg van het bepaalde in artikel 1, 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 1, 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.

Artikel 4. Informatie uitwisseling

Verzekeraars verstrekken elkaar de informatie die nodig is:

- 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;
- om te kunnen vaststellen of sprake is van samenloop van de zorg-, ziektekostenkosten- en reisverzekering;
- voor het goed en zorgvuldig kunnen afwikkelen van de schade;
- voor het kunnen nemen van regres;
- om dit convenant te kunnen evalueren.



Artikel 5. 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 2.

Artikel 6. Titel en ingangsdatum

1. De citeertitel van de onderhavige overeenkomst is: Convenant zorgverzekeringen/-reisverzekeringen.
2. Dit convenant treedt in werking op 1 januari 2011 om 0.00 uur en zal van rechtswege eindigen op 30 juni 2013 om 24.00 uur;
3. In bijlage 1 staan de deelnemers aan dit convenant vermeld.

Artikel 7. Opzegging

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.

Artikel 8. Definities

- a. *zorgverzekeraar*: de schadeverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
- b. *ziekttekostenverzekeraar*: 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 medische noodzakelijke repatriëring op de ziektekostenverzekering wanneer, volgens de arts van de alarmcentrale één van onderstaande punten 1 tot 3 van toepassing is, of wanneer behandeling in het buitenland duurder is:
 - a. 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:
- i. de medische kennis van de artsen ter plaatse onvoldoende is om de aandoening van de patiënt te behandelen of
 - ii de faciliteiten ter plaatse onvoldoende zijn om de aandoening adequaat te behandelen (diagnostiek, behandeling, verpleging).
- b. De behandeling van de patiënt moet, naar oordeel van de alarmcentrale-arts, na de repatriëring naar Nederland (of de grensgebieden in België of Duitsland) in een ziekenhuis of andere zorginstelling worden voortgezet.
 - c. In verband met een ernstige voorgeschiedenis is behandeling in Nederland, naar oordeel van de 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.

Aldus opgemaakt en ondertekend in tweevoud op 1 december 2010 te Den Haag.

Verbond van Verzekeraars

mr. W.A.J. van Duin
voorzitter

Zorgverzekeraars Nederland

H. Wiegel
voorzitter

Verbond van Verzekeraars

mr. R. Weurding
algemeen directeur

Zorgverzekeraars Nederland

dr. P.F. Hasekamp
algemeen directeur



Toelichting bij het Convenant samenloop zorgverzekeringen/reisverzekeringen

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 1. 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 in geval van de aan de medische zorgverlening verbonden kosten. 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 verzekeringsafspraken 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 2. repatriëring

Repatriëring is een belangrijk onderdeel van de dekking van de reisverzekering. De reisverzekeraar 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 het slachtoffer) als de verzekeraar het beter vindt hem/haar in Nederland te laten behandelen of als dat vanuit kosten-oogpunt verstandig is (zie definitie 'medische noodzaak' in artikel 8).



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 3. 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 totale resterende (niet door de Zorgverzekeringswet gedekte) medische kosten.

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 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 zorgverzekeraar regres op de reisverzekeraar voor 50% van de totale niet door de zorgverzekering 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 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 4. 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 afwickelen 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 5. 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 6. titel en ingangsdatum

Het Convenant samenloop zorgverzekeringen./reisverzekeringen treedt in werking op 1 juli 2010 en heeft een looptijd van 3 jaar. Het convenant kan daarna worden verlengd. De verzekeraars die deelnemen aan het convenant zijn genoemd in de bijlage 1 a bij het convenant. Deze bijlage wordt periodiek geactualiseerd vanwege nieuwe deelnemers en opzeggingen van deelname.



Artikel 7. 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.