

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500718

Partijen

De erven, hierna te noemen: verzoekers, van wijlen A , hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door B te C,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekers hebben bij brief van 15 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 18 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 september 2025 aan verzoekers gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 11 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025021839) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 november 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Erflaatster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Erflaatster is op 20 augustus 2024 opgenomen in een ziekenhuis in Istanbul, Turkije. Namens haar is op 7 oktober 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor repatriëring naar Nederland.
- 2.3. In een telefoongesprek op 7 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het verzoek om repatriëring is afgewezen. Bij brief van 11 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn mededeling schriftelijk bevestigd.
- 2.4. Op of omstreeks 13 oktober 2024 is erflaatster gerepatriëerd naar Nederland. De kosten hiervan bedragen in totaal € 13.625,89.
- 2.5. Bij brief van 11 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekers

- 3.1. Verzoekers hebben aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - 1) de ziektekostenverzekeraar repatriëring ten onrechte heeft geweigerd;
 - 2) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de repatriëring volledig te vergoeden;
 - 3) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de geleden schade te vergoeden.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan hebben verzoekers bij brief van 15 april 2025 toegelicht dat erflaatster tijdens de ziekenhuisopname in Istanbul te maken kreeg met een medische situatie die repatriëring naar Nederland noodzakelijk maakte. De arts van de ANWB Alarmcentrale heeft, na een medische beoordeling, direct vastgesteld dat een medische noodzaak bestond voor repatriëring. Dit is ook telefonisch door de ANWB Alarmcentrale bevestigd. Dat er sprake was van een medische noodzaak voor repatriëring en dat hiervoor akkoord is gegeven door de dienstdoende arts van de ANWB Alarmcentrale is op 2 oktober 2024 telefonisch bevestigd door de ziektekostenverzekeraar. Ook heeft de ANWB Alarmcentrale op 30 september 2024 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd over de betaling van het vervoer van erflaatster van Istanbul naar Nederland. Op 7 oktober 2024 is vervolgens herhaald dat alles wat betreft de repatriëring van erflaatster akkoord was en dat het enkel nog wachten was op het akkoord van de ziektekostenverzekeraar. Dit is vervolgens nogmaals telefonisch bevestigd. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar geweigerd om de repatriëring uit te voeren en de kosten hiervan te vergoeden.
- 3.3. In de verzekeringsvoorwaarden is expliciet opgenomen dat repatriëring op medische indicatie wordt vergoed als een arts van de ANWB Alarmcentrale de noodzaak daartoe erkent. Door repatriëring te weigeren, ondanks een positieve medische indicatie, handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de verzekeringsvoorwaarden. Hiermee is sprake van wanprestatie, zoals bedoeld in artikel 6:74 van het Burgerlijk Wetboek. Daarnaast handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met het vertrouwensbeginsel, daar verzekerden erop moeten kunnen vertrouwen dat de verzekeringsvoorwaarden correct worden nageleefd. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig en onrechtmatig heeft gehandeld, in de zin van artikel 6:162 van het Burgerlijke wetboek, jegens verzoekers, nu hierdoor onnodig schade is geleden. Verzoekers hebben in dit verband toegelicht dat zij aanzienlijke financiële en emotionele schade hebben geleden door de weigering van de ziektekostenverzekeraar, waaronder het zelf moeten regelen en betalen van een medische vlucht per vliegtuig vanuit Istanbul naar Nederland, en het ambulancevervoer vanaf Schiphol naar een ziekenhuis in Arnhem.

- 3.4. Ter zitting hebben verzoekers aangevoerd dat erflaatster was verzekerd voor repatriëring. Vanaf de ziekenhuisopname in Istanbul is dagelijks contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en de ANWB Alarmcentrale om ervoor te zorgen dat erflaatster zo snel mogelijk naar Nederland zou worden overgebracht. Dit blijkt ook uit de belregistraties. Echter, de betrokken partijen verwezen steeds naar elkaar. Bovendien werd telkens tegenstrijdige informatie gegeven.
- Op 20 augustus 2024 is erflaatster met spoed opgenomen in het ziekenhuis in Istanbul in verband met een hersenbloeding. Een hersenbloeding is geen twijfelgeval. Het is duidelijk spoed. De arts van de ANWB Alarmcentrale heeft direct vastgesteld dat er sprake was van een medische noodzaak voor repatriëring. Volgens de ziektekostenverzekeraar was dit oordeel bepalend. Daarnaast heeft de ANWB Alarmcentrale tijdig een machtiging afgegeven aan de ziektekostenverzekeraar voor repatriëring. Ondanks dit alles heeft de ziektekostenverzekeraar bijna twee maanden lang geen beslissing genomen. Pas na twee maanden stelde de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat geen sprake was van een medische noodzaak, maar van een sociale noodzaak. Dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar is in strijd met het directe oordeel van de arts van de ANWB Alarmcentrale. De vertraging en tegenstrijdige beoordeling van de ziektekostenverzekeraar hebben ervoor gezorgd dat de repatriëring niet werd geregeld, terwijl deze wel medisch noodzakelijk was. Uiteindelijk is erflaatster op eigen kosten overgebracht naar Nederland. Zij is op 21 november 2024 overleden aan de gevolgen van de hersenbloeding. Hieruit blijkt dat het ging om acute medische noodzaak.
- Volgens verzoekers zijn de belregistraties niet volledig. Niet alles wat is besproken en toegezegd, is ook geregistreerd. Na de ziekenhuisopname op 20 augustus 2024 is telefonisch gesproken met een medewerker van de ANWB Alarmcentrale. In dit eerste telefoongesprek is toegezegd dat sprake was van een medische noodzaak tot repatriëring, maar dit is niet geregistreerd. Dit is later een soort van hersteld. Er werd toen gezegd dat er geen vergoeding mogelijk was, omdat er geen reisverzekering was afgesloten. Er is contact geweest met verschillende medewerkers en die hebben steeds uitgelegd dat het oordeel van de arts van de ANWB Alarmcentrale bepalend is voor de vraag of repatriëring mogelijk is. Vervolgens is door de ANWB Alarmcentrale een aanvraag voor repatriëring aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hierdoor zijn verzoekers ervan uitgegaan dat de medische noodzaak was vastgesteld door een arts van de ANWB Alarmcentrale. De ziektekostenverzekeraar heeft het vertrouwensbeginsel geschonden. Medewerkers van de ANWB Alarmcentrale en de ziektekostenverzekeraar hebben uitspraken gedaan die vervolgens niet zijn nagekomen. De ANWB Alarmcentrale heeft het vertrouwen gewekt dat de repatriëring zou worden goedgekeurd.
- Desgevraagd hebben verzoekers verklaard dat zij met de machtiging van de ANWB Alarmcentrale doelen op de overgelegde e-mailcorrespondentie tussen de ANWB Alarmcentrale en de ziektekostenverzekeraar. Hierin wordt gevraagd om een overleg over de vergoeding van repatriëring. Ook wordt in de belregistraties van de ANWB Alarmcentrale benoemd dat op 30 september 2024 een machtiging is aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Voorafgaand aan de procedure bij de commissie waren verzoekers niet op de hoogte van de inhoud van de aanvraag. Zij waren alleen bekend met de toezeggingen van de ANWB Alarmcentrale en het feit dat een machtiging was aangevraagd. Op basis van die informatie zijn verzoekers ervan uitgegaan dat de ANWB Alarmcentrale van mening was dat sprake was van een medische noodzaak tot repatriëring. Anders zou ook geen machtiging worden aangevraagd. Verzoekers hebben gewezen op een registratie van 2 oktober 2024, waarin staat: *“Dit blijkt ook inderdaad het geval, er is op 30 september door de alarmcentrale een machtiging aangevraagd voor repatriëring en zij wachten nog op antwoord van ons, dit hebben zij per mail ingediend”*.
- Op 7 oktober 2024 kwam uitsluitel over de beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat de repatriëring op 7 oktober 2024 is aangevraagd, maar dit klopt niet. Er is direct na de ziekenhuisopname, op 20 augustus 2024, al om repatriëring gevraagd. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar is veel later genomen. Achteraf is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar duidelijk, maar destijds was dit niet het geval.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de kosten van de repatriëring van erflaatster niet kunnen worden vergoed. Hij heeft bij brief van 18 september 2025 toegelicht dat de zorgverzekering hiervoor geen dekking biedt. Dergelijke kosten kunnen alleen worden vergoed vanuit een reisverzekering of aanvullende verzekering. Verzoekster had weliswaar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, maar de kosten van repatriëring komen alsnog niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.2. Uit hetgeen is beschreven op pagina 64 van de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden. Om hier aanspraak op te kunnen maken, moet sprake zijn van medisch noodzakelijk vervoer. Dit is ter beoordeling aan de ANWB Alarmcentrale. Medisch noodzakelijke repatriëring is aan de orde als de juiste medische behandeling ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in Nederland wel. Voorts is repatriëring medisch noodzakelijk als behandeling in het buitenland medisch onverantwoord is. Bepalend is niet het medisch handelen of nalaten door een individuele arts. Het gaat – in algemene zin – over het niveau van zorg in het land van verblijf, en de feitelijke situatie waarin een verzekerde verkeert, waaraan de noodzaak tot het vervoer moet worden afgemeten.
- 4.3. De ziekenhuisopname van erflaatster in Istanbul is gemeld aan de ANWB Alarmcentrale. Er is veelvuldig contact over geweest. De ANWB Alarmcentrale heeft gezorgd voor de financiële afwikkeling van de zorg in Turkije. Ook hield de ANWB Alarmcentrale een dossier bij over de voortgang van de zorg.
Uit dit dossier blijkt dat verzoekster in het ziekenhuis kwalitatief goede zorg kreeg en de zorg die zij nodig had. Dit maakt dat er geen medische noodzaak was om te repatriëren, waardoor er ook geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten daarvan.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor de vergoeding van repatriëring twee mogelijkheden bestaan. Over de vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht. Hieruit blijkt wanneer aanspraak bestaat op dergelijk vervoer. Er wordt uitgelegd dat dan toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is als meer dan 200 kilometer moet worden afgelegd. Ook moet er aanleiding bestaan om iemand te repatriëren. Hiervoor is van belang of de verzekerde adequate hulp krijgt op locatie.
De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor repatriëring als sprake is van een medische noodzaak. Het moet dan gaan om een situatie waarin aan een verzekerde geen adequate zorg wordt gegeven of deze niet beschikbaar is, dan wel de beschikbare zorg medisch onverantwoord zou zijn. Als dit aan de orde is, betekent dit niet dat een verzekerde altijd naar Nederland wordt gerepatriëerd. Het kan ook zijn dat een verzekerde naar een ziekenhuis in hetzelfde land of een land in de buurt wordt vervoerd. De ANWB Alarmcentrale helpt verzekerden die zorg nodig hebben in het buitenland.
In het geval van erflaatster heeft de ANWB Alarmcentrale beoordeeld dat de zorg in Turkije medisch noodzakelijk is. De kosten hiervan zijn ook volledig vergoed. Ten aanzien van het verzoek om repatriëring, blijkt uit de contactregistraties dat hierom op 20 augustus 2024 wordt gevraagd. Diezelfde dag heeft de ANWB Alarmcentrale teruggebeld en uitgelegd dat er zonder reisverzekering geen dekking is om te repatriëren naar Nederland. In dat gesprek zou ook de vraag zijn gesteld erflaatster te verplaatsen naar een privékliniek. Hiervoor is toen akkoord gegeven. Vervolgens zijn er verschillende contacten geweest. Het antwoord op het verzoek om repatriëring om medische redenen was dus direct al duidelijk. De ANWB Alarmcentrale heeft op 30 september 2024 een e-mailbericht naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd met de vraag of toestemming wordt gegeven voor repatriëring. Het feit dat wordt gevraagd om een overleg over eventuele repatriëring, betekent niet dat de ANWB Alarmcentrale vindt dat sprake is van een medische

noodzaak tot repatriëring. Bij de aanvraag hiertoe heeft de Alarmcentrale geen medisch advies gegeven.

De ANWB Alarmcentrale heeft, als gesteld, op 20 augustus 2024 al kenbaar gemaakt dat erflaatsster niet zou worden gerepatriëerd. De ziektekostenverzekeraar kan altijd onderzoeken of repatriëring op andere gronden mogelijk is, bijvoorbeeld uit coulance of sociale overwegingen. De aanvraag van de ANWB Alarmcentrale is mogelijk gedaan vanuit de wens van verzoekers. Dit betekent niet dat de ANWB Alarmcentrale vond dat sprake was van een medische noodzaak. Als dat wél het geval was geweest, had de ANWB Alarmcentrale de repatriëring vanaf het begin af aan geregeld.

Het is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook niet duidelijk waarop het vertrouwen van verzoekers is gebaseerd. Er kan altijd een verzoek tot repatriëring worden gedaan, ook zonder medische noodzaak. De ANWB Alarmcentrale heeft in een vroeg stadium ingestemd met verplaatsing naar een privékliniek. Het is tegen die achtergrond mogelijk dat erflaatsster uiteindelijk vanuit een kosten-baten overweging naar Nederland zou worden vervoerd, maar dan is er nog steeds geen sprake van een medische noodzaak tot repatriëring. Dit is een andere afweging. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of er redenen, anders dan een medische noodzaak, waren om te repatriëren. Dit was niet aan de orde. De zorg in Turkije was kwalitatief goed en de kosten-baten afweging is uitgekomen op de beslissing om op dat moment niet te repatriëren.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 11 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Achtergrond artikel 2.13 van het Bzv

Uit artikel 2.13 van het Bzv volgt dat vergoeding van ambulancevervoer van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis in principe niet onder de dekking valt indien de afstand tussen beide instellingen meer dan 200 kilometer bedraagt. Alleen bij uitzondering, namelijk als de zorgverzekeraar toestemming geeft, kan er aanspraak zijn op vergoeding van de kosten voor ambulancevervoer over een afstand van 200 kilometer of meer.

Deze uitzonderingsbepaling geldt ook in het geval dat een verzekerde die zich in het buitenland bevindt niet de benodigde medische behandeling aldaar kan verkrijgen, waardoor de noodzaak ontstaat om hem over te brengen naar een ander ziekenhuis waar die behandeling wél voorhanden is. Zolang de medische zorg ter plaatse of in een nabij gelegen plaats of land van voldoende kwaliteit is, bestaat er geen aanleiding voor het geven van toestemming als bedoeld in artikel 2.13, tweede lid, van het Bzv.

Beoordeling ziekenvervoer

Uit artikel 2.13 eerste lid, onderdeel a, van het Bzv volgt dat onder andere onder ziekenvervoer wordt verstaan: vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen. In de situatie van verzekerde is zij vanuit het ziekenhuis in Istanbul vervoerd naar een instelling waar zij verzekerde zorg heeft ontvangen, te weten een ziekenhuis in Arnhem. Het Zorginstituut beschouwt de vliegreis van Istanbul naar Schiphol en het aansluitende ambulancevervoer van Schiphol naar Arnhem dan ook als één en dezelfde vervoersrit. De afstand tussen Istanbul en Arnhem bedraagt meer dan 200 kilometer, dus de uitzondering genoemd [in] artikel 2.13, tweede lid, van het Bzv is in deze situatie van toepassing.

Uit de notities in het dossier van de Alarmcentrale, gemaakt op 26 september [2024], 2 oktober 2024 en 7 oktober 2024, blijkt dat verzekerde in het ziekenhuis in Istanbul de benodigde zorg kreeg en dat deze zorg ook adequaat was. Uit de brief van verweerder, 11 oktober 2024, blijkt dat

verweerder van mening is dat de zorg die verzekerde krijgt kwalitatief goed is en dat zij de zorg krijgt die ze nodig heeft. Verweerder geeft dan ook geen toestemming voor een medisch noodzakelijke repatriëring (ziekenvervoer). Nu de afstand meer dan 200 kilometer bedroeg en er geen toestemming was voor het ziekenvervoer, voldeed verzekerde niet aan het wettelijke criterium gesteld in artikel 2.13 lid 2 van het Bzv.

Vliegtuig als voertuig

Nu er geen sprake is van ziekenvervoer in de zin van artikel 2.13 van het Bzv, wordt niet beoordeeld of verzekerde voldeed aan de voorwaarden van artikel 2.15 van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan geconcludeerd worden dat verzekerde niet voldeed aan de toestemmingsvoorwaarde van artikel 2.13, tweede lid, van het Bzv. De afstand van Istanbul naar het ziekenhuis in Arnhem bedraagt meer dan 200 kilometer en uit het beschikbare dossier blijkt dat verweerder geen toestemming heeft gegeven voor het ziekenvervoer. Verzoekers kunnen geen aanspraak maken op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer op grond van artikel 2.13 van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde voldeed niet aan de wettelijke toestemmingsvoorwaarde voor vergoeding van ambulancevervoer vanuit Istanbul naar Arnhem.”

- 5.2. In het definitief advies van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. Verzoekers hebben tijdens de hoorzitting terecht opgemerkt dat het Zorginstituut de verkeerde aanvraagdatum heeft gehanteerd. Dit wijzigt het advies van het Zorginstituut echter niet.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.17 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over vervoer per ambulance zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de relevante bepalingen uit het Nederlands-Turks Verdrag, het Burgerlijk Wetboek (BW), het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Deze bepaling heeft alleen betrekking op zorg tijdens het tijdelijke verblijf in een van de verdragsluitende staten en ziet niet op het vervoer vanuit de ene staat naar de andere.

Zorgverzekering

- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor vervoer per ambulance. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 53 en 54 van de verzekeringsvoorwaarden. Hetgeen hier is bepaald is gebaseerd op artikel 2.13 Bzv. Uit artikel 2.13, eerste lid, Bzv blijkt dat de aanspraak op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van 200 kilometer. In het tweede lid is vervolgens bepaald dat de beperking tot 200 kilometer niet geldt als de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling.
- 7.4. In zijn advies van 11 november 2025 aan de commissie heeft het Zorginstituut toegelicht dat hij, gelet op hetgeen is bepaald in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel a, Bzv, de vliegreis van Istanbul naar Schiphol en het aansluitende ambulancevervoer van Schiphol naar Arnhem als één en dezelfde vervoersrit beschouwd. De afstand tussen Istanbul en Arnhem bedraagt meer dan 200 kilometer en daarom is de uitzondering, genoemd in artikel 2.13, tweede lid, Bzv van toepassing. Uit het beschikbare dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar geen toestemming heeft gegeven voor ziekenvervoer. Dit leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen verzoekers hebben gesteld geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op pagina 64 van de verzekeringsvoorwaarden. Er bestaat aanspraak op vergoeding als de medische noodzaak door de ANWB Alarmcentrale is bepaald en zij het vervoer ook regelt. Verzoekers hebben aangevoerd dat de medische noodzaak door de ANWB Alarmcentrale is bepaald en dat zij repatriëring bij de ziektekostenverzekeraar heeft aangevraagd. Volgens verzoekers zou de ANWB Alarmcentrale dit verzoek niet hebben gedaan als geen sprake was van een medische noodzaak. Verzoekers hebben in dit verband gewezen op een belregistratie van 2 oktober 2024 waarin een aanvraag van 30 september 2024 wordt genoemd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de medische noodzaak niet door de ANWB Alarmcentrale vastgesteld en betrof het e-mailbericht dat hij op 30 september 2024 van de ANWB Alarmcentrale ontving een verzoek tot overleg over de situatie van erflaatster. Hij heeft in dit verband toegelicht dat uit het feit dat de ANWB Alarmcentrale een aanvraag doet voor repatriëring of een verzoek doet tot overleg hierover, niet kan worden afgeleid dat de arts van de ANWB Alarmcentrale van oordeel is dat sprake is van een medische noodzaak tot repatriëring. Een onderbouwing van die noodzaak ontbreekt. Bovendien kan een zodanige aanvraag ook worden gedaan op andere gronden dan een medische noodzaak. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat als de ANWB Alarmcentrale van oordeel was dat sprake was van een medische noodzaak tot repatriëring, zij de repatriëring vanaf het begin zelf had geregeld. De commissie constateert dat in het e-mailbericht van 30 september 2024 door de ANWB Alarmcentrale alleen wordt gevraagd om overleg en dat niet wordt gesproken over een eventuele medische noodzaak tot repatriëring. Verder geldt dat in de contactregistratie van 2 oktober 2024, en tevens in de contactregistratie op 8 oktober 2024, inderdaad wordt benoemd dat er op 30 september 2024 door de ANWB Alarmcentrale een machtiging voor repatriëring is aangevraagd. Of op 30 september 2024 door de ANWB Alarmcentrale een aanvraag voor repatriëring is ingediend of is gevraagd om een overleg, is naar het oordeel van de commissie niet bepalend voor de

onderhavige zaak. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar namelijk in zijn uitleg dat uit het enkele feit dat de ANWB Alarmcentrale een aanvraag doet voor repatriëring, of een verzoek doet tot overleg over de situatie, niet betekent dat daaruit ook blijkt dat ANWB Alarmcentrale van oordeel is dat een medische noodzaak tot repatriëring bestaat. Zo kan de aanleiding tot de aanvraag/het verzoek zijn geweest de herhaalde wens van verzoekers tot repatriëring van erflaatster of de omstandigheid dat de uitkomst van de gemaakte kosten-baten analyse intussen is gewijzigd. Dit betekent dat de kosten van het vervoer niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen.

Telefonische toezegging/gewekt vertrouwen

- 7.6. Verzoekers hebben gesteld dat bij verschillende gelegenheden telefonisch is toegezegd dat sprake is van een medische noodzaak en dat de kosten van het vervoer daarom zouden worden vergoed. De registraties van de gesprekken zijn echter niet volledig. Hierbij hebben verzoekers zich beroepen op het vertrouwensbeginsel. In dit verband hebben verzoekers toegelicht dat in het eerste telefoongesprek met de ANWB Alarmcentrale op 20 augustus 2024 is toegezegd dat sprake was van een medische noodzaak tot repatriëring. Vervolgens is door de ANWB Alarmcentrale op 30 september 2024 een aanvraag voor repatriëring vanwege een medische noodzaak bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, althans in die veronderstelling verkeerden verzoekers op dat moment. Pas twee maanden later, namelijk op 7 oktober 2024, heeft de ziektekostenverzekeraar uitsluitel gegeven over de beslissing, aldus verzoekers. De commissie begrijpt dit alles als een beroep op artikel 3:35 BW.

De commissie overweegt dat, nu verzoekers onder verwijzing naar onder meer telefoongesprekken, vergoeding claimen van kosten waarop op grond van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak bestaat, gelet op artikel 150 Rv de stelplicht en eventuele bewijslast ter zake op hen rust. Om met succes te kunnen stellen dat zij gerechtvaardigd hebben vertrouwd op een uiting van hetzij de ziektekostenverzekeraar hetzij de ANWB Alarmcentrale, is het daarom aan verzoekers aan te tonen dat, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan, inhoudende dat de kosten van repatriëring van erflaatster volledig worden vergoed. Hierin zijn verzoekers niet geslaagd. Dat de ANWB Alarmcentrale op enig moment van oordeel is geweest dat sprake was van een medische noodzaak tot repatriëring en dat in dit kader toezeggingen zijn gedaan, bijvoorbeeld in het eerste telefoongesprek van 20 augustus 2024, kan niet uit de overgelegde informatie worden opgemaakt. Dit geldt ook voor de gestelde toezegging door de ziektekostenverzekeraar. De stelling van verzoekers dat de beslissing over een eventuele medische noodzaak tot repatriëring te lang heeft geduurd, volgt de commissie niet. Uit het dossier blijkt immers dat de ANWB Alarmcentrale voor het eerst al op 20 augustus 2024 (20.21 uur) aan verzoekers heeft laten weten dat er geen aanspraak was op repatriëring.

Uit het voorgaande volgt dat de verzoeken onder (1) en (2) worden afgewezen.

Schadevergoeding

- 7.7. De commissie kan – uitgezonderd de kosten verbonden aan de klachtbehandeling - geen schadevergoeding toekennen, gelet op het bepaalde in artikel 21.3 van het toepasselijke reglement en wijst het verzoek van verzoekers op dit onderdeel daarom af.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

Het structureel echoscopisch onderzoek en de NIPT mag alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek. Een WBO-vergunning is niet nodig als er een medische indicatie is voor het onderzoek.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 5,10 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor een wettelijke eigen bijdrage van € 40 per opnamedag (€ 20 voor de moeder en € 20 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 286 per dag (€ 143 voor de moeder en € 143 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 40 ook het bedrag dat boven de € 286 per dag uitkomt.

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op :

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

i Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, zelfredzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderczorghuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

i Let op

Toezicht is geen verzekerde zorg. Een uitzondering hierop is, wanneer uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. Indien het medisch noodzakelijk is dat er verpleegkundig toezicht aanwezig is, kan dit toezicht voor vergoeding in aanmerking komen. Ook in de palliatief terminale fase is aanwezigheid die voortkomt uit het ontbreken van een mantelzorgnetwerk

U krijgt alleen een vergoeding voor de kosten als:

- er sprake is van spoedeisende zorg (de medisch adviseur van Menzis en/of de medisch adviseur van de Alarmcentrale beoordeelt dit),
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Menzis bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Alarmcentrale +31 317 455 555

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wilt u een vergoeding voor reddingskosten? Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk hiervoor op menzis.nl/reisverzekering.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

JongerenVerzorgd	ExtraVerzorgd 1	ExtraVerzorgd 2	ExtraVerzorgd 3
Ja	Ja	Ja	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van Menzis is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op menzis.nl/reisverzekering.