

Handleiding E-formulieren

INHOUD

Inleiding	3
E 104 Verklaring betreffende de samentelling van tijdvakken van verzekering, arbeid of wonen	4
E 106 Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap van verzekerden die in een ander dan het bevoegde land wonen	5
E 107 Aanvraag van een verklaring inzake het recht op verstrekkingen	10
E 108 Kennisgeving van schorsing of intrekking van het recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering	11
E 109 Verklaring voor de inschrijving van de gezinsleden van de werknemer of de zelfstandige en het bijhouden van de inventarissen	12
E 112 Verklaring betreffende het behoud van het recht op lopende verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering	14
E 121 Verklaring voor de inschrijving van de rechthebbenden op pensioen of rente of zijn gezinsleden, en het bijhouden van de inventarissen	16
E 123 Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen van de ongevallen- en beroepsziekteverzekering	20
E 125 Individuele opgave van de werkelijke uitgaven	21
E 126 Tarieven voor de vergoeding van verstrekkingen	22

Inleiding

De Verordeningen (EEG) nrs. 1408/71 en 574/72 bevatten regels die de verschillende sociale zekerheidsstelsels van de betrokken lidstaten¹ in grensoverschrijdende situaties op elkaar afstemmen. Voor de toepassing van deze regels is een veelvoud van formulieren nodig voor de uitwisseling van de benodigde gegevens tussen de betrokken instanties van de lidstaten onderling. Deze handleiding is bedoeld als instructie voor de administratieve procedures die het gevolg zijn van het formulierenverkeer. Het gaat uitsluitend om de formulieren die in het kader van de geneeskundige zorg van belang zijn, de zogenoemde '100-serie'. Omdat een gedeelte betrekking heeft op arbeidsongeschiktheid zijn niet alle formulieren uit deze serie voor de zorgverzekeraars relevant.

Het is van groot belang dat deze instructies zo nauwkeurig mogelijk worden nageleefd. Uiteraard moeten de verzekerden hun rechten op grond van de verordeningen kunnen krijgen. Het gaat hier dan om het recht op geneeskundige zorg in een andere lidstaat dan de lidstaat waar betrokkene verzekerd is. Met het daarvoor bestemde formulier worden dus aanspraken uit een sociale ziektekostenverzekering als het ware naar een andere lidstaat geëxporteerd. In deze handleiding wordt aangegeven welk formulier voor welke situatie bedoeld is.

Volgens de systematiek van de verordeningen heeft de lidstaat die de zorg verleent een vordering op de lidstaat waar de betrokkene is verzekerd. Daar worden immers de premie(s) betaald. In de financiële afrekening van deze kosten vervult voor Nederland het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als verbindingsorgaan een centrale rol. Hiervoor moet het secretariaat van het CVZ beschikken over een zo volledig en actueel mogelijk overzicht van de personen waarop de afrekening betrekking heeft. Het gaat dan uitsluitend om de woonsituaties en niet om tijdelijk verblijf. Om dit overzicht compleet te houden is het belangrijk dat de verzending van formulieren via het secretariaat van het CVZ verloopt. In deze handleiding is aangegeven in welke situaties dat nodig is.

Verder is het CVZ aangewezen als bevoegd orgaan voor de in de andere lidstaten wonende verdragsgerechtigden als bedoeld in artikel 69 Zorgverzekeringswet.

¹ Voor deze handleiding worden als lidstaten aangemerkt:

België	Hongarije	Oostenrijk
Cyprus (Griekse deel)	Ierland	Polen
Denemarken	Italië	Portugal
Duitsland	Letland	Slovenië
Estland	Liechtenstein	Slowakije
Finland	Litouwen	Spanje (incl. Ceuta en Melilla)
Frankrijk (incl. Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, St. Pierre en Miquelon)	Luxemburg	Tsjechië
Griekenland	Malta	IJsland
Groot-Brittannië (incl. Gibraltar)	Nederland	Zweden
	Noorwegen	Zwitserland

Niet onder de werkingssfeer van de verordeningen vallen: de Nederlandse Antillen, de Faeröer Eilanden, de Kanaaleilanden, het eiland Man, Andorra, Monaco, San Marino en Vaticaanstad.

FORMULIER E 104

Verklaring betreffende de samentelling van tijdvakken van verzekering, arbeid of wonen

In veel lidstaten worden uitkeringen of verstrekkingen pas toegekend, nadat men gedurende een bepaalde tijd daar verzekerd is geweest of arbeid heeft verricht. Om een dergelijke wachttijd te overbruggen bepaalt de verordening, dat overeenkomstige tijdvakken vervuld in een of meer andere lidstaten, voor de vervulling van de vereiste wachttijd moeten worden meegeteld. Een bekend voorbeeld is de wachttijd van 6 maanden die in de Belgische ziekteverzekering wordt toegepast. Op het formulier E 104 kan een opgave worden gedaan van de tijdvakken (periodes) van verzekering die in een bepaalde lidstaat zijn vervuld. Voor lidstaten waar de dekking niet gebaseerd is op een verzekering kunnen tijdvakken van arbeid of wonen worden gebruikt.

De zorgverzekeraar verzoekt om opgave van de tijdvakken van verzekering die in een andere lidstaat zijn vervuld

Zorgverzekeraars kunnen belang hebben bij informatie over de periode dat een potentiële AWBZ-verzekerde in een andere lidstaat verzekerd is geweest in het kader van een wettelijke ziektekostenverzekering. Dat is dan in geval van de wachttijdregeling in de AWBZ (wachttijd van maximaal 12 maanden voor een aantal intramurale zorgvormen)².

Ter verkrijging van de benodigde gegevens vult de zorgverzekeraar deel A van het formulier E 104 in. Onder punt 3.2 wordt het vakje voor 'ziekte/moederschap' aangekruist. Het formulier wordt vervolgens in tweevoud naar het orgaan van de wettelijke ziektekostenverzekering in de andere lidstaat gezonden, als de wetgeving van die staat als laatste op betrokkene van toepassing was. Het laatstgenoemde orgaan vult vervolgens deel B in en retourneert het formulier.

De zorgverzekeraar wordt om afgifte van een formulier E 104 gevraagd of ontvangt een formulier E 104 ter invulling

In de meeste gevallen zal het orgaan van de wettelijke ziektekostenverzekering van een andere lidstaat zich voor de opgave van in Nederland vervulde tijdvakken van verzekering tot een Nederlands zorgverzekeraar wenden. Hiervoor moet dit orgaan een in deel A ingevuld formulier E 104 in tweevoud naar de zorgverzekeraar sturen. De zorgverzekeraar vult deel B van het formulier in en zendt één exemplaar van het formulier terug naar de afzender. In de regel zal het gaan om tijdvakken van Zvw-verzekering in Nederland. Is dit het geval dan vult de zorgverzekeraar in rubriek 6 de periode van verzekering in. Gaat het om tijdvakken van medeverzekering, dan vermeld de zorgverzekeraar dit afzonderlijk bij rubriek 6 van het formulier.

Een ex-verzekerde kan ook zelf zijn 'oude' zorgverzekeraar verzoeken om het formulier af te geven. De zorgverzekeraar vult dan ook alleen deel B in.

² Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering.

FORMULIER E 106

Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen wegens ziekte en moederschap van verzekerden die in een andere lidstaat wonen

Het formulier E 106 is om te verklaren, dat Zwv-verzekerden (en de eventueel medeverzekerde gezinsleden) in hun woonland recht hebben op geneeskundige zorg ten laste van de Nederlandse zorgverzekering. Het formulier E 106 is daarom alleen van toepassing in situaties waarbij sprake is van **wonen in een andere lidstaat**. Bij de beoordeling of iemand in een andere lidstaat woont, moet worden uitgegaan van de feitelijke omstandigheden van het individuele geval.

WONEN IN NEDERLAND

Een buitenlands verzekerde die in Nederland woont, kan zich met het formulier E 106 uitsluitend aanmelden bij **zorgverzekeraar CZ**.

Het formulier E 106 kan betrekking hebben op de volgende categorieën van personen:

- grensarbeiders (werknemers en zelfstandigen)
- werknemers en zelfstandigen (niet-grensarbeiders)
- ambtenaren
- gezinsleden
- zeelieden
- werklozen
- gezinsleden van werklozen
- degenen die het recht van keuze hebben

GRENSARBEIDERS

De grensarbeider die in een andere lidstaat woont en in Nederland werkt is AWBZ- en Zwv-verzekeringsplichtig. Om de status van 'grensarbeider' in de zin van de verordening te krijgen, moet de werknemer of zelfstandige aan de voorwaarde voldoen dat hij in beginsel dagelijks doch *ten minste éénmaal per week* terugkeert naar het grondgebied van de lidstaat waar hij woont. Als niet aan dit criterium wordt voldaan, dan zijn de gewone bepalingen voor werknemers van toepassing.

WERKNEMERS EN ZELFSTANDIGEN (NIET-GRENSARBEIDERS)

In de meeste gevallen zal het gaan om werknemers of zelfstandigen die voor een langere duur (2-5 jaar) in een andere lidstaat zijn **gedetacheerd**. Bij werkzaamheden van kortere duur (1 jaar) is de Europese verzekeringsaart van toepassing.

Detachering: formulier E 101

Bij grensoverschrijdende werkzaamheden geeft Verordening 1408/71 regels om te bepalen van welke lidstaat de sociale verzekeringswetgeving van toepassing is. De hoofdregel is, dat een werknemer of zelfstandige verzekerd is volgens de wetgeving van de lidstaat waar hij werkt (zie hiervoor de grensarbeider). Eén van de uitzonderingen op de hoofdregel vormt de zogenoemde **detachering**. Een werknemer of zelfstandige die tijdelijk (in beginsel ten hoogste 12 maanden) te werk wordt gesteld in een andere lidstaat, kan namelijk onder bepaalde voorwaarden verzekerd blijven volgens de wetgeving van de lidstaat waar hij gewoonlijk werkt. Hiermee wordt voorkomen dat een werknemer of zelfstandige voor een relatief korte tijd onder de sociale verzekeringswetgeving van het land van tewerkstelling valt.

Het formulier E 101 is een bewijs waaruit blijkt dat de sociale verzekeringswetgeving van de in rubriek 5 van dit formulier aangegeven lidstaat op de werknemer of zelfstandige van toepassing blijft. In bijzondere situaties kan het formulier E 101 ook voor een langere periode dan 12 maanden worden afgegeven of kan de termijn verlengd worden met nog eens 12 maanden.

Wie geeft in Nederland het formulier E 101 af?

De verklaring over de toepasselijke sociale verzekeringswetgeving, het formulier E 101, wordt voor Nederland afgegeven door de **Sociale Verzekeringsbank (SVB), Kantoor Verzekeringen, afdeling Internationale Detachering**, Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen (tel. 020-656 5277). De aanvraag kan ook plaatsvinden via de website van de SVB: www.svb.nl.

Detacheringen van langere duur

Als vooraf duidelijk is, dat de werkzaamheden langer dan 12 maanden zullen gaan duren, dan kan het formulier E 101 voor een periode van langer dan 12 maanden worden afgegeven. Dit is echter alleen mogelijk als de bevoegde instanties voor betrokkene een afzonderlijke overeenkomst afsluiten, een zogenoemde 'bijzondere overeenkomst' (artikel 17 van Verordening (EEG) nr. 1408/71). In Nederland moet een werkgever of de zelfstandige zich hiervoor wenden tot de SVB, Kantoor Verzekeringen, afdeling Internationale Detachering in Amstelveen (tel. 020-6565277). Hierbij wordt in het algemeen een maximumtermijn van 5 jaar gehanteerd.

Medische zorg

Een werknemer of zelfstandige die volgens deze voorwaarden vanuit Nederland naar een andere lidstaat wordt gedetacheerd, blijft voor de duur van de detachering verzekerd ingevolge de AWBZ en de ZVW. De detachering zelf heeft geen gevolgen voor de inschrijving bij de zorgverzekeraar.

Het formulier E 101 zelf geeft echter geen recht op medische zorg. Voor relatief kortdurende detacheringen (tot 1 jaar) moet daarvoor gebruik worden gemaakt van de Europese verzekeringskaart. Bij detacheringen van langere duur (2-5 jaar) kan het formulier E 106 worden gebruikt. Daarnaast bestaan de aanspraken van de Zvw-polis zelf en de AWBZ-vergoedingsregeling.

AMBTENAREN

Een ambtenaar die in een andere lidstaat woont en daar werkzaamheden verricht voor een Nederlandse publiekrechtelijke instantie, blijft AWBZ- en Zvw-verzekerd. Dit geldt in het algemeen ook voor Nederlandse diplomaten en diplomatiek personeel in het buitenland.

GEZINSLEDEN

Gezinsleden die in het buitenland wonen zijn in het algemeen niet AWBZ- en Zvw-verzekerd. Wel kunnen zij aanspraak hebben op medische zorg als zij volgens de wetgeving van het woonland als meeverzekerd gezinslid kunnen worden aangemerkt (zie hierna onderdeel 1). Een aantal categorieën in het buitenland wonende gezinsleden blijven echter rechtstreeks AWBZ- en Zvw-verzekerd op grond van het *Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999* (KB 746). In dat geval hebben zij zelfstandig recht op een formulier E 106. Het gaat om de volgende categorieën:

- gezinsleden (als bedoeld in art. 2 Reglement Dienst Buitenlandse Zaken) van ambtenaren van Nederlandse diplomatieke zendingen en consulaire posten in het buitenland;
- gezinsleden van overige uitgezonden ambtenaren;
- gezinsleden van varend personeel (gezinslid: de aan boord van een schip wonende echtgenoot en kinderen).

Zij gelden in deze toelichting verder als '**verzekerde**'.

WERKLOZEN

In bepaalde gevallen betaalt een UWV een WW-uitkering uit aan de voormalige werknemer die in een andere lidstaat woont. In dat geval blijft betrokkene Zvw-verzekerd voor de gehele duur van de uitkering en/of totdat de betrokkene weer gaat werken. Voor het recht op medische zorg in het woonland geeft de zorgverzekeraar een formulier E 106 af of handhaaft het bestaande formulier.

GEZINSLEDEN VAN WERKLOZEN

De werkloze was laatstelijk niet verzekerd ingevolge de Zvw (bijvoorbeeld wegens werkzaamheden in een andere lidstaat) maar ontvangt met toepassing van de verordening toch een WW-uitkering van het UWV. De werkloze, die in Nederland woont, is Zvw-verzekeringplichtig. De zorgverzekeraar dient voor de duur van de werkloosheidsuitkering een formulier E 106 uit te reiken ten behoeve van de in een andere lidstaat wonende gezinsleden van de werkloze. Bij vertrek naar het buitenland van de werkloze bedraagt de uitkeringsduur hoogstens **3 maanden**. Zijn de gezinsleden in het buitenland echter al ingeschreven op grond van een formulier **E 109**, dan hoeft er geen formulier E 106 te worden uitgereikt. In dat geval kunnen de aanspraken op grond van het formulier E 109 worden gehandhaafd voor de duur van de uitkering van de verzekerde.

E 106 procedure**1. Aanmelding**

- Voor de aanmelding bij een verzekeringsorgaan van de woonplaats in een andere lidstaat vult de bevoegde zorgverzekeraar de rubrieken van deel A van het formulier E 106 in.

Bij rubriek 2 kruist u het hokje aan dat correspondeert met de status van de verzekerde. Is de betrokkene een gezinslid dat op grond van KB 746 AWBZ- en Zvw-verzekerd blijft (zie hierboven), dan zet u een kruisje bij 'Werknemer'.

Bij de aanduiding 'Persoonlijk identificatienummer' (punt 2.5.) wordt het sofi-nummer vermeld.

Rubriek 3 wordt alleen ingevuld als het formulier bestemd is voor een gezinslid van een werkloze.

In rubriek 7 vermeldt u bij codenummer het aan uw zorgverzekeraar toegekende UZOVI-nummer.

U geeft het formulier in drievoud af aan de verzekerde met het advies dit zo spoedig mogelijk bij het verzekeringsorgaan van de woonplaats af te geven voor registratie.

- Het orgaan van de woonplaats vult deel B van het formulier in en zendt twee exemplaren naar het CVZ. Het CVZ zendt één exemplaar door naar de bevoegde zorgverzekeraar en behoudt één exemplaar ten behoeve van de registratie van de gezinsleden.
- Welke gezinsleden voor medeverzekering in aanmerking komen, wordt beoordeeld door het orgaan van de woonplaats overeenkomstig de voor dit orgaan geldende wettelijke bepalingen. De eventueel medeverzekerde gezinsleden worden dan vermeld in rubriek 10. Met de ontvangst van deze gegevens door het CVZ, worden de gezinsleden geacht te hebben voldaan aan hun meldingsplicht jegens het CVZ als bedoeld in art. 69 Zvw.

De gezinsleden zijn **niet AWBZ- en Zvw-verzekerd**. Het CVZ geldt als bevoegd orgaan. De gezinsleden van 18 jaar en ouder zijn aan het CVZ de nominale Zvw-bijdrage verschuldigd. Deze wordt geheven bij de verzekerde zelf.

2. Aanspraken

Voor de aanspraken gelden verschillen tussen de verzekerde en zijn gezinsleden.

- IN HET WOONLAND

De verzekerde en de medeverzekerde gezinsleden hebben recht op geneeskundige zorg zoals die is geregeld in de wettelijke ziektekostenverzekering van het woonland. De aldus gemaakte kosten die door het woonland zullen worden gedeclareerd met het formulier E 125 (tellen niet mee voor het eventuele eigen risico (van de verzekerde), wèl voor de no-claim (van de verzekerde en de gezinsleden).

Het kan ook voorkomen dat in het woonland bepaalde eigen bijdragen verschuldigd zijn (bijv. de 'remgelden' in België) die in Nederland voor dezelfde zorg niet verschuldigd zou zijn. Voor de verzekerde zelf is het mogelijk dat deze door de zorgverzekeraar worden vergoed voorzover die eigen bijdrage niet verschuldigd is onder de Nederlandse zorgverzekering .

De verzekerde kan er ook voor kiezen om de kosten rechtstreeks te declareren op basis van de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar. In dat geval zijn die kosten zowel van invloed op een eventueel gekozen eigen risico als de no-claim.

De verzekerde kan ook nog een beroep doen op de AWBZ-vergoedingsregeling³. Dit geldt dan voor de kosten van geneeskundige zorg die niet of gedeeltelijk is opgenomen in het verstrekkingenpakket van het woonland (maar wel in de AWBZ).

- IN NEDERLAND

De verzekerde heeft aanspraak op medische zorg in Nederland op basis van de met de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering (of overeenkomstig de AWBZ). De gezinsleden, die niet Zvw- en AWBZ-verzekerd zijn, krijgen zorg in Nederland met tussenkomst van zorgverzekeraar Agis (afd. Buitenland in Amersfoort, tel. nr.: 033-4456870). Agis verstrekt daartoe op verzoek een verklaring waarmee rechtstreeks toegang bestaat tot zorgaanbieders in Nederland. De kostenverrekening verloopt tussen de zorgverlener en Agis.

- TIJDELIJK VERBLIJF/GEPLANDE MEDISCHE BEHANDELING IN EEN ANDERE LIDSTAAT DAN HET WOONLAND OF NEDERLAND

De bevoegde Nederlandse zorgverzekeraar verstrekt de Europese verzekeringskaart of het formulier E 112 (voor een geplande behandeling) aan de verzekerde.

Uitzondering: woont de verzekerde in *Oostenrijk*, dan is het Oostenrijkse orgaan van de woonplaats bevoegd voor de afgifte van de kaart of het formulier.

De gezinsleden ontvangen op verzoek de Europese verzekeringskaart van het CVZ.

3. Einde zorgverzekering

Als de zorgverzekering eindigt, dan moet het orgaan van de woonplaats hiervan op de hoogte worden gesteld. Voor deze afmelding wordt gebruik gemaakt van een formulier E 108 (zie de toelichting bij dit formulier).

VERZEKERDE ONTVANGT EEN NEDERLANDS PENSOEN OF UITKERING

Voor de procedure in geval de verzekerde met -vervroegd- pensioen gaat of een langdurige uitkering (bijv. WAO) gaat ontvangen, wordt verwezen naar de toelichting bij het formulier E 121.

³ Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ.

4. Afrekening

Het verzekeringsorgaan van de woonplaats doet met een formulier E 125 via het eigen verbindingsorgaan een opgave van de werkelijk gemaakte kosten aan het CVZ. Na verificatie bij de bevoegde zorgverzekeraar, zorgt het CVZ voor verrekening met het betreffende verbindingsorgaan.

FORMULIER E 107

Aanvraag van een verklaring inzake het recht op verstrekkingen

Met het formulier E 107 kan een verzekeringsorgaan in de ene lidstaat bij een verzekeringsorgaan in een andere lidstaat vragen om toezending van een formulier voor het recht op verstrekkingen of om verlenging van een eerder afgegeven formulier. In het algemeen zal het gaan om de formulieren E 106 (o.a. grensarbeiders) en E 109 (achtergebleven gezinsleden). Het is ook mogelijk dat daarvoor het algemene formulier E 001 wordt gebruikt.

De zorgverzekeraar ontvangt een aanvraag voor een E-formulier (eventueel via het CVZ)

De betreffende persoon woont in een andere lidstaat. De zorgverzekeraar gaat na of de persoon voor wie een formulier wordt gevraagd als verzekerde bekend is of was. Wanneer aan de voorwaarden voor de afgifte van het in punt 7 van rubriek A gevraagde formulier wordt voldaan, stuurt de zorgverzekeraar dit naar het verzekeringsorgaan dat de aanvraag heeft gedaan. Hierbij dient verder de bij het betreffende formulier behorende afgifte-procedure te worden gevolgd.

Als het gevraagde formulier niet kan worden afgegeven, bijvoorbeeld omdat de betreffende persoon niet meer verzekerd is, zendt het zorgverzekeraar één exemplaar van het formulier E 107 terug. In rubriek B, punt 10.2 wordt dan vermeld om welke reden de verklaring niet kan worden afgegeven. Bij voorkeur doet u dit in het Engels, dan wel in het Duits of Frans afhankelijk van de geadresseerde.

Een aanvraag om toezending van een formulier **E 121** (rentetrekkers/gepensioneerden) dient te worden doorgezonden naar het CVZ (Afdeling AB).

FORMULIER E 108

Kennisgeving van schorsing of intrekking van het recht op verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering

Het bevoegde verzekeringsorgaan informeert met het formulier E 108 het verzekeringsorgaan van de woonplaats over de beëindiging (eventueel de schorsing) van het recht op verstrekkingen. Omgekeerd kan bij inschrijvingen op grond van een formulier E 109 (of E 121) ook het verzekeringsorgaan van de woonplaats zelf het bevoegde verzekeringsorgaan op de hoogte stellen van een beëindiging.

Redenen voor een beëindiging/schorsing kunnen zijn:

- einde verzekering van een werknemer, zelfstandige of ambtenaar,
- intrekking pensioen of rente,
- verhuizing naar een andere lidstaat,
- ontstaan van verzekering volgens de wetgeving van het woonland,
- overlijden.

De reden wordt door het orgaan dat het formulier opstelt aangegeven bij punt 4 van het formulier.

1. Werknemers en zelfstandigen (formulier E 106)

Bij beëindiging van de zorgverzekering⁴ maakt de bevoegde zorgverzekeraar het formulier E 108 op. Bij rubriek 2 kruist u het hokje aan dat correspondeert met de status van de verzekerde. Bij 'Persoonlijk identificatienummer' (punt 2.5) wordt het sofi-nummer vermeld. Verder vult u de rubrieken 4 en 5 in. U zendt het formulier in 3-voud naar het verzekeringsorgaan van de woonplaats. Dit orgaan wordt verzocht om twee in deel B ingevulde formulieren naar het CVZ terug te sturen. Na ontvangst hiervan houdt het CVZ één exemplaar achter en stuurt één door naar de zorgverzekeraar. Wordt het formulier door het verzekeringsorgaan van de woonplaats echter rechtstreeks teruggestuurd naar de zorgverzekeraar, dan verzendt de zorgverzekeraar zelf alsnog een kopie naar het CVZ.

Als datum van het einde van de inschrijving gebruikt de zorgverzekeraar de bij punt 7 van deel B ingevulde datum.

2. Achtergebleven gezinsleden (formulier E 109 of E 121)

De bovengenoemde procedure is ook van toepassing in geval van beëindiging van de zorgverzekering van de verzekerde of in geval van andere omstandigheden waardoor er geen aanspraken meer kunnen bestaan voor de gezinsleden die in een andere lidstaat wonen. U moet dan ook rubriek 3 invullen.

Is het verzekeringsorgaan van de woonplaats eerder op de hoogte van een reden op grond waarvan het recht op zorg van de gezinsleden moet worden beëindigd, dan maakt dit orgaan het formulier E 108 op en zendt het formulier in tweevoud naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vult deel B van het formulier in en zendt een exemplaar van het formulier terug naar het verzekeringsorgaan van de woonplaats. ***Omdat het CVZ bevoegd orgaan is voor deze gezinsleden, stuurt de zorgverzekeraar een kopie van het volledig ingevulde formulier E 108 naar het CVZ (Afdeling AB).***

⁴ Voor werknemers/zelfstandigen die 65 jaar worden: zie de toelichting bij het formulier E 121.

FORMULIER E 109

Verklaring voor de inschrijving der gezinsleden van de werknemer of de zelfstandige en het bijhouden van de inventarissen

Met dit formulier kan aan de gezinsleden van een werknemer of zelfstandige geneeskundige zorg worden verleend als ze in een andere lidstaat wonen dan de werknemer of zelfstandige zelf. Deze categorie wordt in het algemeen aangeduid met de term **'achtergebleven gezinsleden'**.

Het onderstaande geldt ook voor in Nederland wonende ambtenaren met gezinsleden in een andere lidstaat.

De Zvw-verzekerde werknemer of zelfstandige woont in Nederland; zijn gezinsleden wonen in een andere lidstaat

1. Aanmelding

- Voor de aanmelding bij een verzekeringsorgaan van de woonplaats in een andere lidstaat vult de bevoegde zorgverzekeraar de rubrieken van deel A van het formulier E 109 in.

Bij de aanduiding 'Persoonlijk identificatienummer' (punt 2.5.) wordt het sofi-nummer vermeld. In rubriek 3 behoeft slechts de naam en het adres van één gezinslid te worden vermeld, ook al zijn er meer gezinsleden. Hiermee wordt aangegeven dat er gezinsleden zijn die mogelijk voor medeverzekering in aanmerking komen. In rubriek 5 moet de datum worden aangegeven met ingang waarvan de aanspraken bestaan (datum 'ingang recht'). Voor vermelding van de geldigheidsduur wordt gebruik gemaakt van punt 6.1 (tot de intrekking van deze verklaring). In voorkomend geval zet u een kruisje bij rubriek 7. In rubriek 8 vermeldt u bij codenummer het aan uw zorgverzekeraar toegekende UZOVI-nummer.

U geeft het formulier in drievoud af aan de verzekerde met het advies dit zo spoedig mogelijk bij het verzekeringsorgaan van de woonplaats af te -laten- geven voor registratie.

- Het buitenlandse verzekeringsorgaan gaat na of het in rubriek 3 genoemde gezinslid en eventueel nog overige gezinsleden volgens de wetgeving van het woonland voor medeverzekering in aanmerking komen. De namen worden dan in rubriek 10 van deel B van het formulier E 109 gemeld. Bij punt 10.10 is de datum 'ingang recht' vermeld.
- Het verzekeringsorgaan stuurt vervolgens, ter bevestiging van de inschrijving, twee exemplaren naar het CVZ terug. Ook in het geval de gezinsleden niet voor medeverzekering in aanmerking komen (rubriek 9) zendt het verzekeringsorgaan de formulieren terug. Het CVZ zendt een volledig ingevuld formulier door naar de zorgverzekeraar. Als het orgaan van de woonplaats het formulier echter rechtstreeks terugstuurt naar de zorgverzekeraar, dan zendt deze onder verwijzing naar het eerder toegezonden formulier, één exemplaar van het terugontvangen formulier E 109 naar het CVZ.

Met de ontvangst van deze gegevens door het CVZ, worden de gezinsleden geacht te hebben voldaan aan hun meldingsplicht jegens het CVZ als bedoeld in art. 69 Zvw.

De gezinsleden zijn niet AWBZ- en Zvw-verzekerd. Het CVZ geldt als bevoegd orgaan, ook al is het formulier opgemaakt door de zorgverzekeraar. De

gezinsleden van 18 jaar en ouder zijn aan het CVZ de nominale Zvw-bijdrage verschuldigd. Deze wordt geheven bij de verzekerde zelf.

2. Aanspraken

De achtergebleven gezinsleden hebben recht op geneeskundige zorg zoals die is geregeld in de wettelijke ziektekostenverzekering van hun woonland. Het kan voorkomen dat in het woonland bepaalde eigen bijdragen verschuldigd zijn die in Nederland voor dezelfde zorg niet verschuldigd zou zijn. Deze kosten komen niet voor vergoeding door het CVZ in aanmerking.

3. Tijdelijk verblijf / geplande medische behandeling in een andere lidstaat dan het woonland

Het verzekeringsorgaan van de woonplaats van de gezinsleden is bevoegd voor de afgifte van de Europese verzekeringskaart of het formulier E 112 (voor een geplande behandeling) aan het gezinslid. Dit geldt ook voor een tijdelijk verblijf of een geplande medische behandeling in Nederland.

4. Verandering van zorgverzekeraar

Als de werknemer of zelfstandige van zorgverzekeraar verandert, dan informeert de oude zorgverzekeraar het CVZ (Afdeling AB) over deze wijziging. Het CVZ stuurt een bericht naar het verzekeringsorgaan van de woonplaats van de gezinsleden.

5. Afmelding / einde inschrijving

Voor de afmelding bij het einde van de verzekering van de werknemer of zelfstandige of beëindiging van het recht op medeverzekering: zie de toelichting hierover bij het formulier E 108.

Er moet op gelet worden, dat bij beëindiging van de verzekering van de werknemer of zelfstandige, een formulier E 108 moet worden opgemaakt voor de achtergebleven gezinsleden. Te late afmelding kan namelijk financiële gevolgen hebben.

LOONDOORBETALING OF ZIEKENGELD

In geval van loondoorbetaling of ziekingeld en de verzekerde werknemer met behoud daarvan naar zijn land van herkomst terugkeert, blijft het recht op verstrekkingen (zie de toelichting bij het formulier E 112) in stand. In dat geval behouden de gezinsleden recht op verstrekkingen op grond van het formulier E 109. De achtergebleven gezinsleden dienen in dat geval door de zorgverzekeraar pas te worden afgemeld, wanneer de loondoorbetaling/het ziekingeld vervalst.

6. Afrekening

De hoofdregel is dat de door het buitenlandse verzekeringsorgaan, waarbij de gezinsleden staan ingeschreven, gedane uitgaven worden vergoed op basis van vaste bedragen. De vaste bedragen worden berekend over het tijdvak vanaf de datum van inschrijving in het woonland tot de ontvangst van het formulier E 108. Het verbindingsorgaan van de betreffende lidstaat, waar de achtergebleven gezinsleden wonen, dient de declaraties in bij het CVZ.

FORMULIER E 112

Verklaring betreffende het behoud van het recht op lopende verstrekkingen van de ziekte- en moederschapsverzekering

Het formulier E 112 wordt voor twee verschillende situaties gebruikt, namelijk:

- 1- om met toestemming van de bevoegde zorgverzekeraar in een andere lidstaat een geneeskundige behandeling te ondergaan: **hulp in buitenland**;
- 2- bij verhuizing naar een andere lidstaat, terwijl nog gedurende een zekere tijd rechten kunnen worden ontleend aan de verzekering van het laatste woonland: **overbrengen woonplaats bij ziekte**.

1. Hulp in het buitenland

Een in Nederland wonende verzekerde heeft een behandeling nodig in een andere lidstaat

Als een verzekerde een geneeskundige behandeling nodig heeft in een andere lidstaat, dan kan de zorgverzekeraar daarvoor toestemming geven. In dat geval vult de zorgverzekeraar een formulier E 112 in. De toestemming blijkt door een kruisje in vak 2.2 te plaatsen. Als bekend is door welke arts of instelling de behandeling wordt uitgevoerd dan wordt dit ook bij 2.2 vermeld. In rubriek 3 geeft de zorgverzekeraar aan over welke periode de behandeling mag plaatsvinden.

Het ingevulde formulier wordt aan de verzekerde zelf meegegeven. Deze levert het in bij het daarvoor in aanmerking komende buitenlandse verzekeringsorgaan, dat toeziet op de behandeling en zorgdraagt voor de verrekening van de kosten. De kosten van geneeskundige zorg waarvoor de zorgverzekeraar toestemming heeft verleend, worden overigens bij de budgettering betrokken. Deze kosten tellen niet mee voor het eventuele eigen risico van de verzekerde, wèl voor de no-claim.

2. Overbrengen woonplaats bij ziekte

In Nederland wonende verzekerde die in een andere lidstaat gaat wonen

Aanmelding

Bij deze situatie zal het in de meeste gevallen gaan om de verzekerde die al ziek is maar toch de woonplaats wil overbrengen naar een andere lidstaat. Gedacht moet worden aan een buitenlandse werknemer, die, gezien het ziektebeeld, niet op korte termijn in het arbeidsproces in Nederland zal terugkeren en daarom naar zijn geboorteland wenst te verhuizen. Het moet niet uitgesloten worden, dat deze verzekerde in Nederland in een instelling nog onder medische behandeling staat.

Omdat de zorgverzekeraar bij rubriek 3 aangeeft tot welke datum het recht op verstrekkingen behouden blijft, dient het bij de werkgever (in geval van loondoorbetaling), resp. het UWV (in geval van een ZW_uitkering) tevens te informeren naar de vermoedelijke datum waarop de loondoorbetaling/ZW-uitkering zal eindigen. Zo nodig kan de zorgverzekeraar het formulier E 112 voor een beperkte duur afgeven, waarna, bij voortduren van de loondoorbetaling/ZW-uitkering, het op verzoek opnieuw een formulier E 112 opmaakt. De verzekerde meldt zich met het formulier E 112 bij het plaatselijke verzekeringsorgaan in de andere lidstaat. De zorgverzekeraar ontvangt geen bevestiging.

Er wordt op gewezen, dat de Zvw-verzekering pas eindigt, wanneer de loondoorbetaling/ZW-uitkering en daarmee het recht op verstrekkingen wordt beëindigd. Als echter de verzekerde een aanvraag heeft ingediend voor toekenning van een **WAO-uitkering** blijft betrokkene nog gedurende maximaal 13 weken na einde van de loondoorbetalingsperiode/ZW-uitkering Zvw-verzekerd, mits en voor zolang de zorgverzekeraar het aannemelijk acht dat hem die WAO-uitkering zal worden toegekend.

De eventuele achtergebleven gezinsleden die in het woonland zijn aangemeld op grond van een formulier E 109 worden pas afgemeld, wanneer de loondoorbetaling/ZW-uitkering wordt beëindigd en daarmee het recht op verstrekkingen komt te vervallen.

De gezinsleden die met de verzekerde hun woonplaats overbrengen naar een andere lidstaat kunnen **niet** op het formulier E 112 worden bijgeschreven. Zij dienen in het land van de nieuwe woonplaats te worden ingeschreven op grond van een formulier E 109 (zie aldaar).

Aanspraken

De verzekerde heeft recht op geneeskundige zorg zoals die is geregeld in de wettelijke ziektekostenverzekering van het woonland.

Afrekening

De kosten van geneeskundige zorg, die op grond van het formulier E 112 is verleend, worden via het verbindingsorgaan in de betreffende lidstaat aan het CVZ door middel van het formulier E 125 in rekening gebracht (behalve wanneer met de betreffende lidstaat is afgesproken om die kosten niet af te rekenen. Na verificatie bij het zorgverzekeraar worden de kosten tussen het CVZ en het buitenlandse verbindingsorgaan verrekend.

FORMULIER E 121

Verklaring voor de inschrijving van de rechthebbende op pensioen of rente of zijn gezinsleden, en voor het bijhouden van de inventarissen

Pensioen- of uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden hebben met een formulier E 121 recht op geneeskundige zorg in het woonland. De lidstaat, die het pensioen of de uitkering verschuldigd is, is bevoegd voor de afgifte van dit formulier. Deze lidstaat draagt dan ook de kosten van de zorg.

1. De pensioen- of uitkeringsgerechtigde en zijn gezinsleden

1.1 Verhuizing naar een andere lidstaat

De aanmelding van de pensioen- of uitkeringsgerechtigde en gezinsleden verloopt tussen de betreffende pensioen- of uitkeringsinstantie, het CVZ (Afdeling AB) en het verzekeringsorgaan in de andere lidstaat. Om aansluitende aanspraken in het nieuwe woonland mogelijk te maken, heeft ook de oude zorgverzekeraar een actieve rol. Daarnaast geldt dat het zorgverzekeraar de belanghebbende informeert over de gevolgen van een verhuizing naar een andere lidstaat⁵.

Voor deze regeling moet het gaan om een van de volgende pensioenen of uitkeringen

- AOW-pensioen
- Anw-pensioen
- WAO-uitkering
- WAJONG-uitkering⁶
- WAZ-uitkering
- pensioenen ingevolge de Wet van 6 januari 1966 (Staatsblad 6) houdende nieuwe regeling van de pensioenen van de burgerlijke ambtenaren en hun nabestaanden (Algemene burgerlijke pensioenwet)
- pensioenen ingevolge de Wet van 6 oktober 1966 (Staatsblad 445) houdende nieuwe regeling van de pensioenen van militairen en hun nabestaanden (Algemene militaire pensioenwet)
- arbeidsongeschiktheidsuitkering ingevolge de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening militairen (Wet van 7 juni 1972, Stb. 313)
- pensioenen ingevolge de Wet van 15 februari 1967 (Staatsblad 138) houdende nieuwe regeling van de pensioenen van de personeelsleden van de NV Nederlandse Spoorwegen en hun nabestaanden (Spoorwegpensioenwet)
- pensioenen ingevolge het Reglement dienstvoorwaarden Nederlandse Spoorwegen (RDV 1964 NS)
- uitkeringen die bij pensionering vóór de leeftijd van 65 jaar worden verstrekt ingevolge een pensioenregeling die de verzorging van de werknemers en gewezen werknemers bij ouderdom ten doel heeft, of een uitkering ter zake van vervroegde uittreding uit het arbeidsproces ingevolge een van rijkswege dan wel bij of krachtens collectieve arbeidsovereenkomst vastgestelde regeling ter zake van vervroegde uittreding uit het arbeidsproces of een ter zake van vervroegde uittreding uit het arbeidsproces getroffen regeling voor personen van 55 jaar of ouder.

⁵ Bij het CVZ is een voorlichtingsbrochure voor verzekerden verkrijgbaar met informatie over de gevolgen van een verhuizing naar het buitenland. Deze is ook te vinden op de website: www.cvz.nl.

⁶ Zie over de mogelijkheid van export van een WAJONG-uitkering circulaire nr. 02/49 van 4 december 2002.

De zorgverzekeraar waarbij de pensioen- of uitkeringsgerechtigde het laatst verzekerd is, heeft 2 mogelijkheden om de procedure voor de aanmelding in het nieuwe woonland te laten beginnen:

- 1^e de zorgverzekeraar stelt onmiddellijk de betreffende pensioen- of uitkeringsinstantie schriftelijk van de voorgenomen verhuizing in kennis en zendt het CVZ (afdeling AB) een afschrift van deze brief, of
- 2^e de zorgverzekeraar zendt uitsluitend een brief naar het CVZ.

In beide gevallen dient de brief de volgende gegevens te bevatten:

- de persoonsgegevens van betrokkene en de gezinsleden die meeverhuizen (*incl. sofi-nummers*)
- de datum van beëindiging van de Zvw-verzekering
- het volledige adres (straatnaam, huisnummer, postcode, woonplaats en - indien van toepassing - de provincie) in het nieuwe woonland
- de aard van het pensioen of de uitkering en de naam van de pensioen- of uitkeringsinstantie als u over die gegevens beschikt. Eventueel informeert u hiernaar bij betrokkene
- het nummer en de geldigheidsperiode van de eventueel door u aan betrokkene afgegeven Europese verzekeringskaart. Op het formulier zal dan het verzekeringsorgaan van het nieuwe woonland worden verzocht om de kaart in te nemen.

Wordt uitsluitend aan het CVZ een brief gezonden (mogelijkheid 2), dan dient daarin tevens de naam en het pensioen-/uitkeringsnummer van de betreffende pensioen- of uitkeringsinstantie te worden vermeld. Het CVZ zal aansluitend voor aanmelding in de lidstaat zorgen. In spoedgevallen zal het CVZ, vooruitlopend op de afgifte van het formulier door de uitkerende instantie, tot spontane afgifte van een formulier E 121 overgaan. Het CVZ voorziet de pensioen- of uitkeringsinstantie van informatie voor de inhouding van de verschuldigde Zvw-bijdrage.

1.2 Zvw-verzekerden die in een andere lidstaat wonen en 65 jaar worden

De procedure is anders bij in het buitenland wonende Zvw-verzekerde werknemers, zelfstandigen of grensarbeiders die recht op zorg hebben in het woonland op grond van een door de zorgverzekeraar afgegeven formulier E 106. Het CVZ zal een aantal maanden voordat betrokkene 65 jaar wordt, de betreffende zorgverzekeraar en de verzekerde hierover informeren. De zorgverzekeraar moet nagaan of betrokkene blijft werken na het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Zo ja, dan blijft de zorgverzekering en het formulier E 106 gehandhaafd. Stopt de verzekerde met werken, dan zal de zorgverzekeraar een formulier E 108 naar het orgaan van de woonplaats sturen voor beëindiging van het recht op zorg op grond van het formulier E 106 (datum einde Zvw-verzekering: laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarin de betrokkene 65 jaar wordt).

Het CVZ zorgt voor aanmelding in het woonland met een formulier E 121. De verschuldigde Zvw-bijdrage wordt ingehouden op het pensioen (bronheffing). Voor de aanmelding van gezinsleden, zal het CVZ zich in eerste instantie baseren op het eigen registratiebestand.

1.3 Aanspraken

De pensioen- of uitkeringsgerechtigde en de medeverzekerde gezinsleden hebben recht op geneeskundige zorg zoals die is geregeld in de wettelijke ziektekostenverzekering van hun woonland. Het kan dan ook voorkomen dat de verzekerde in zijn woonland eigen bijdragen moet betalen (bijv. de 'remgelden' in België).

1.4 TIJDELIJK VERBLIJF/MEDISCHE BEHANDELING IN EEN ANDERE LIDSTAAT

Het verzekeringsorgaan van de woonplaats van is bevoegd voor de afgifte van de Europese verzekeringskaart of het formulier E 112 (voor een geplande behandeling) aan betrokkene. Dit geldt ook voor een tijdelijk verblijf of een geplande medische behandeling in Nederland.

2. De pensioen- of uitkeringsgerechtigde woont in Nederland; zijn gezinsleden wonen in een andere lidstaat**2.1 Aanmelding**

- De pensioen- of uitkeringsgerechtigde die in Nederland woont, heeft ook aanspraak op medeverzekering voor zijn in een andere lidstaat wonende gezinsleden. Om dit mogelijk te maken dient de zorgverzekeraar voor ieder gezinslid een formulier E 121 af te geven. Omdat de zorgverzekeraar de status van de verzekerde niet kent, is het voor de uitvoering van deze regeling dus nodig om bij een aanvraag hiernaar te informeren bij betrokkene. Wie voor deze regeling als Nederlands pensioen- of uitkeringsgerechtigde wordt aangemerkt: zie onder 1.1 hiervoor.

De rubrieken 2, 5, 6 (punt 6.2. – onderste hokje aankruisen - en 6.4. – datum ingang recht), in voorkomend geval 7, en 8 worden ingevuld. Bij de aanduiding 'Persoonlijk identificatienummer' (punt 2.5.) wordt het sofi-nummer vermeld.

U geeft het formulier in drievoud af met het advies dit zo spoedig mogelijk bij het verzekeringsorgaan van de woonplaats in te leveren voor registratie.

- Het buitenlandse verzekeringsorgaan gaat na of het in rubriek 5 genoemde gezinslid volgens de wetgeving van het woonland voor medeverzekering in aanmerking komen. Het resultaat van deze beoordeling wordt in deel B weergegeven. Bij punt 10.2 is de datum 'ingang recht' vermeld.
- Het verzekeringsorgaan stuurt vervolgens, ter bevestiging van de inschrijving, twee exemplaren naar het CVZ terug. Ook in het geval het gezinslid niet voor medeverzekering in aanmerking komt (rubriek 9), zendt het verzekeringsorgaan de formulieren terug. Het CVZ zendt een volledig ingevuld formulier door naar de zorgverzekeraar. Als het orgaan van de woonplaats het formulier echter rechtstreeks terugstuurt naar de zorgverzekeraar, dan zendt deze onder verwijzing naar het eerder toegezonden formulier, één exemplaar van het terugontvangen formulier E 121 naar het CVZ.

Met de ontvangst van deze gegevens door het CVZ, worden de gezinsleden geacht te hebben voldaan aan hun meldingsplicht jegens het CVZ als bedoeld in art. 69 Zvw.

De gezinsleden zijn niet AWBZ- en Zvw-verzekerd. Het CVZ geldt als bevoegd orgaan. De gezinsleden van 18 jaar en ouder zijn aan het CVZ de nominale Zvw-bijdrage verschuldigd.

2.2 Aanspraken

De gezinsleden hebben recht op geneeskundige zorg zoals die is geregeld in de wettelijke ziektekostenverzekering van hun woonland.

2.3 Tijdelijk verblijf / geplande medische behandeling in een andere lidstaat

Het verzekeringsorgaan van de woonplaats van de gezinsleden is bevoegd voor de afgifte van de Europese verzekeringskaart of het formulier E 112 (voor een geplande behandeling) aan het gezinslid. Dit geldt ook voor een tijdelijk verblijf of een geplande medische behandeling in Nederland.

2.4 Verandering van zorgverzekeraar

Als de pensioen- of uitkeringsgerechtigde van zorgverzekeraar verandert, dan zendt de oude zorgverzekeraar het formulier E 121 met een begeleidend schrijven naar de nieuwe zorgverzekeraar en houdt zelf een kopie van het formulier achter. De nieuwe zorgverzekeraar informeert het CVZ (Afdeling AB). Het CVZ stuurt een bericht naar het verzekeringsorgaan van de woonplaats van de gezinsleden.

2.5 Afmelding / einde inschrijving

Voor de afmelding bij het einde van de zorgverzekering van de pensioen- of uitkeringsgerechtigde of beëindiging van het recht op medeverzekering: zie de toelichting hierover bij het formulier E 108.

Er moet op gelet worden, dat bij beëindiging van de zorgverzekering van de pensioen- of uitkeringsgerechtigde, tevens een formulier E 108 moet worden opgemaakt voor de achtergebleven gezinsleden. Te late afmelding kan financiële gevolgen hebben.

2.6 Afrekening

De door het buitenlandse verzekeringsorgaan, waarbij de gezinsleden staan ingeschreven, gedane uitgaven worden in beginsel vergoed op basis van vaste bedragen. De vaste bedragen worden berekend over het tijdvak vanaf de datum van inschrijving in het woonland tot de ontvangst van het formulier E 108. Het verbindingsorgaan van de betreffende lidstaat, waar de achtergebleven gezinsleden wonen, dient de declaraties in bij het CVZ. De zorgverzekeraars hebben met de afrekening verder geen bemoeienis.

Uitzondering: voor in *Liechtenstein* wonende gezinsleden worden de kosten naar werkelijke bedragen afgerekend. Het verzekeringsorgaan van de woonplaats doet met een formulier E 125 via het eigen verbindingsorgaan opgave van de werkelijk gemaakte kosten aan het CVZ. Na verificatie bij de bevoegde zorgverzekeraar, zorgt het CVZ voor verrekening met het betreffende verbindingsorgaan.

FORMULIER E 123

Verklaring betreffende het recht op verstrekkingen van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering

Het formulier E 123 wordt gebruikt voor de toepassing van de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering. In tegenstelling tot Nederland kennen veel lidstaten namelijk een afzonderlijke verzekering voor het risico van arbeidsongevallen- en beroepsziekten. Het formulier E 123 biedt de mogelijkheid om de aanspraken uit een dergelijke verzekering in een andere lidstaat te behouden in vier verschillende situaties, namelijk:

- 1 - wonen,
- 2 - tijdelijk verblijf,
- 3 - geneeskundige behandeling met voorafgaande toestemming,
- 4 - overbrenging woonplaats, terwijl nog gedurende een zekere tijd rechten kunnen worden ontleend aan de arbeidsongevallen- en beroepsziektenverzekering van het laatste woonland.

Voor Nederlands verzekerden zijn alleen de situaties 1 en 2 relevant.

Een Zwv-verzekerde woont of verblijft in een andere lidstaat (situaties 1 en 2)

De verzekerde heeft op basis van een formulier E 106 of de Europese verzekeringskaart (EHIC) recht op geneeskundige zorg in de andere lidstaat. Als betrokkene volgens de normen van dat land verstrekkingen nodig heeft als gevolg van een daar erkend arbeidsongeval of beroepsziekte, dan kan het formulier E 106 of de EHIC niet voldoende zijn omdat deze 'alleen' recht geven op de verstrekkingen uit de normale ziekteverzekering. Met een formulier E 123 kan betrokkene echter in aanmerking komen voor meer uitgebreide zorg van de ter plaatse geldende arbeidsongevallen- en beroepsziektenverzekering. Het orgaan van de woon- of verblijfplaats zal in dat geval met een formulier E 107 het bevoegde zorgverzekeraar om afgifte van een formulier E 123 verzoeken.

De zorgverzekeraar maakt het formulier E 123 op. In rubriek 3 wordt een kruisje geplaatst in het vakje bij punt 3.1. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval wordt een van de vakjes van rubriek 4 aangekruist. Daarbij moet in ieder geval rekening worden gehouden met de geldigheidsduur van het eerder afgegeven formulier E 106 of EHIC. Het formulier wordt opgestuurd naar het orgaan dat het verzoek tot afgifte heeft gedaan.

Het orgaan dat de verstrekkingen heeft verleend declareert de werkelijke kosten bij het CVZ met een formulier E 125.

FORMULIER E 125

Individuele opgave van de werkelijke uitgaven

Op vertoon van diverse E-formulieren en de Europese verzekeringskaart kunnen Zw-
verzekerden in andere lidstaten geneeskundige zorg ontvangen. De kosten worden via
het verbindingsorgaan van de betreffende lidstaat aan het CVZ door middel van het
formulier E 125 in rekening gebracht. Na verificatie bij de bevoegde zorgverzekeraar
worden de kosten tussen het CVZ en het buitenlandse verbindingsorgaan verrekend,
zonder rechtstreekse belasting van de zorgverzekeraar. Achteraf worden de kosten
verrekend met de vereveningsbijdrage.

De in een andere lidstaat gemaakte kosten tellen in het algemeen mee voor de no-
claim van betrokkene. Het formulier E 125 bevat echter een zeer summiere specificatie
van de kosten. Het zal daarom niet altijd duidelijk zijn wat de aard is van de verleende
zorg. Deze kosten hebben overigens geen invloed op een eventueel door verzekerde
gekozen eigen risico.

FORMULIER E 126

Tarieven voor de vergoeding van verstrekkingen

Volgens het systeem van de verordeningen wordt de noodzakelijke geneeskundige zorg, die een rechthebbende bij een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat heeft ontvangen, door het betreffende verzekeringsorgaan in die lidstaat betaald (natura) of worden de kosten aan de rechthebbende nog gedurende het verblijf in die lidstaat vergoed (restitutie). In dit geval heeft betrokkene aan alle voorwaarden voor het krijgen van de zorg kunnen voldoen. Er zijn echter situaties denkbaar dat de voorwaarden niet zijn vervuld en de rechthebbende de kosten heeft moeten voorschieten. Als dan in het land van verblijf geen vergoeding wordt gegeven, dan voorziet de verordening er in kan na de terugkeer een vergoeding worden geclaimd bij het orgaan, dat bevoegd is voor de afgifte van de Europese verzekeringskaart. Afhankelijk van het land van verblijf wordt hieronder aangegeven hoe een vergoeding kan worden vastgesteld.

1. Kosten zijn gemaakt in: België, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Italië, Liechtenstein, Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zweden of Zwitserland

Met betrekking tot deze lidstaten heeft de bevoegde de zorgverzekeraar voor de vaststelling van de vergoeding de volgende mogelijkheden:

- a) het toepassen van de eigen tarieven
- b) de tarifieringsprocedure met het formulier E 126

a) het toepassen van Nederlandse tarieven

De zorgverzekeraar kan de vergoeding baseren op de Nederlandse tarieven. Hierbij moet dan wel worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- 1- **een vergoeding volgens de Nederlandse tarieven moet mogelijk zijn** de betreffende zorg is vergelijkbaar met een verstrekking in de zin van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ. Zo niet, dan zal tarifiering met een formulier E 126 moeten plaatsvinden. Dit geldt dus met name voor zorg die in het land van verblijf als verstrekking geldt, maar niet in Nederland.
- 2- **de kosten mogen omgerekend niet meer bedragen dan € 1.000,-⁷**
- 3- **de verzekerde moet instemmen met de toepassing van deze regeling**
Uitzondering: toestemming is niet nodig als de kosten zijn gemaakt in een lidstaat waar geen vergoedingstarieven gelden (Spanje). In dat geval geldt het grensbedrag van € 1.000,- evenmin.

De vergoeding bedraagt de lokaal betaalde kosten, tenzij het Nederlandse tarief lager is. In het laatste geval kan het meerdere niet ten laste van de zorgverzekering komen, mogelijk wel ten laste van een aanvullende – of reisverzekering.

De bovengenoemde beperkingen gelden niet als de verzekerde er voor kiest om gebruik te maken van restitutie van de gemaakte kosten op basis van de Zvw-polis zelf.

⁷ Besluit Nr. 176 van de Administratieve Commissie.

b) de tarifieringsprocedure met het formulier E 126

Bij de tarifieringsprocedure wordt de vergoeding gebaseerd op de tarieven die gelden in de lidstaat waar de kosten zijn gemaakt. Om die op te vragen in de betreffende lidstaat, maakt de zorgverzekeraar het formulier E 126 op. Het formulier wordt in drievoud met de **originele** nota's naar het verzekeringsorgaan verzonden dat bevoegd is voor de verblijfplaats. Dit orgaan voert de tarifiering uit en zendt de nota's voorzien van het tarief terug naar de zorgverzekeraar. In rubriek 9 wordt het totaal te vergoeden bedrag vermeld of aangegeven dat geen vergoeding mogelijk is. Zo kan geen vergoeding worden gegeven voor eigen bijdragen die in het land van verblijf voor de betreffende verstrekking gelden.

OMREKENINGSKOERSEN

Voor de lidstaten die nog nationale munteenheden gebruiken, moet het te vergoeden bedrag worden omgerekend op basis van door de Administratieve Commissie van de EG per kwartaal vastgestelde omrekeningskoersen. Die koersen worden vervolgens door het CVZ per circulaire bekendgemaakt. Daarbij moet de koers worden gehanteerd die geldt voor de maand waarin de terugbetaling plaatsvindt.

2. Kosten zijn gemaakt in: Denemarken, Finland, Groot-Brittannië, Ierland, Noorwegen of IJsland

Als gevolg van nadere afrekeningsovereenkomsten die Nederland met deze lidstaten heeft gesloten, zijn de hiervoor genoemde procedures niet van toepassing voor kosten die bij een tijdelijk verblijf aldaar zijn gemaakt⁸. Ongeacht de hoogte van de kosten, moeten de originele nota's met het **formulier CVZ 126** (in tweevoud) worden opgestuurd naar het CVZ, afdeling AB. Het CVZ zorgt ervoor dat de tarifiering in de betreffende lidstaat plaatsvindt. Na terugontvangst van het tarifieringsverzoek zendt het CVZ het formulier CVZ 126 met de nota's terug naar de zorgverzekeraar. Op het formulier staat dan het bedrag vermeld dat de zorgverzekeraar mag vergoeden. Als vergoeding niet mogelijk is, dan wordt de reden daarvan aangegeven.

⁸ Zie hierover circulaires nr. ZVW/68/96 van 18 december 1996 en nr. 99/014 van 20 oktober 1999.