

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2002/19 Rbs

in de klacht nr. 105.01

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft bij verzekeraar een rechtsbijstandverzekering gesloten.

In artikel 5 van de op de verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is onder het kopje: '**MELDING VAN DE ZAAK**' bepaald:

'1. Zodra zich een gebeurtenis voordoet die aanspraak op rechtsbijstand kan geven is de verzekerde verplicht:

a. zo spoedig mogelijk de gebeurtenis te melden, alle gegevens te verstrekken en de stukken aan de maatschappij te zenden. Door het melden machtigt de verzekerde de maatschappij, met uitsluiting van anderen, rechtsbijstand te verlenen;

b. zijn volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van de maatschappij zou kunnen benadelen;

(...)

2. De aanspraak op rechtsbijstand is vervallen indien de verzekerde één van de hiervoor genoemde verplichtingen niet is nagekomen en daardoor de belangen van de maatschappij heeft geschaad, dan wel indien de verzekerde een ander met de behartiging van zijn belangen heeft belast.

3. (...)

In artikel 6 van deze voorwaarden is bepaald:

'1.a. De rechtsbijstand wordt verleend door deskundigen in dienst van de maatschappij of door externe deskundigen indien de maatschappij dit wenselijk en/of noodzakelijk acht. Met externe deskundigen worden bedoeld advocaten en andere terzake kundigen, die krachtens toepasselijke regels inzake

2002/19 Rbs

procesbevoegdheid in de eventuele gerechtelijke of administratieve procedure de noodzakelijke rechtsbijstand mogen verlenen.

Ingeval een externe deskundige voor het verlenen van rechtsbijstand wordt ingeschakeld, heeft de verzekerde het recht deze zelf te kiezen. Heeft de verzekerde geen voorkeur dan kiest de maatschappij.

b. (...)

c. De opdracht aan een externe deskundige wordt uitsluitend namens de verzekerde door de maatschappij gegeven.

(...)'.

De klacht

Op 12 september 1993 is klager betrokken geraakt bij een verkeersongeval. De wederpartij is met succes aansprakelijk gesteld. Verzekeraar heeft de belangen van klager in deze letselschadezaak behartigd.

Een aantal jaren later, in 1998, heeft klager zich tot een advocaat gewend omdat hij ontevreden was over de bijstand die verzekeraar hem verleende en zich wenste te laten bijstaan door een advocaat die lid was van de Vereniging van Letselschade Advocaten, LSA.

Bij brief van 1 juli 1998 heeft klagers advocaat verzekeraar van deze wijziging in kennis gesteld en aangegeven dat hij ervan uitging dat klagers rechtsbijstandsverzekering doorliep en dat in het geval van een procedure tegen de w.a.-verzekeraar de kosten van deze procedure onder de dekking van de rechtsbijstandverzekering zouden vallen. Bij brief van 3 juli 1998 heeft verzekeraar te kennen gegeven dat geen rechten meer ontleend kunnen worden aan de polis. In de correspondentie daarna heeft ieder zijn standpunt gehandhaafd.

Uiteindelijk heeft verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat artikel 5 van de polisvoorwaarden, met de aanhef: '**MELDING VAN DE ZAAK**', een beroep op dekking in de weg staat. Het artikel slaat echter op de situatie aan het begin van de zaak. Klager is pas na vijf jaar overgestapt naar een advocaat. Het beroep op het artikel is dan ook ten onrechte gedaan. Klager heeft van meet af aan duidelijk gemaakt dat hij slechts een beroep op de polis zou doen als voor de rechtbank zou moeten worden geprocedeerd, in welk geval verzekeraar de bijstand zelf immers niet kan verlenen in verband met het procesmonopolie van de advocatuur. Klager en zijn advocaat hebben gedurende enkele jaren geprobeerd de w.a.-verzekeraar te overtuigen van de validiteit van klagers klachten en de daaruit voortvloeiende schade, maar de w.a.-verzekeraar ging daarmee niet akkoord, zodat voor klager nog slechts de weg naar de rechter restte. Op basis van klagers rechtsbijstandverzekering moet verzekeraar dekking verlenen voor alle kosten die op deze procedure betrekking hebben.

Het standpunt van verzekeraar

Bij een verkeersongeval van 12 september 1993 heeft klager letsel opgelopen. Klager heeft verzekeraar om rechtsbijstand verzocht voor het verhalen van zijn schade en deze heeft de zaak zelf in behandeling genomen.

In 1998 heeft klager de behandeling van de zaak overgedragen aan een advocaat die lid is van de Vereniging van Letselschade Advocaten. De kosten van diens (buitengerechtelijke) behandeling zijn verhaald op de w.a.-verzekeraar van de wederpartij.

2002/19 Rbs

Nu, enkele jaren later, acht klagers advocaat een civiele procedure tegen de w.a.-verzekeraar nodig. Klager wil de kosten ervan ten laste van de rechtsbijstandverzekering brengen. Volgens klagers advocaat moeten de polisvoorwaarden niet letterlijk worden toegepast en handelt verzekeraar onredelijk door kostenvergoeding te weigeren. Gesteld wordt dat wanneer verzekeraar het dossier na 1998 verder intern had behandeld, een civiele procedure eveneens noodzakelijk zou zijn geweest.

In dit geval bestaat geen aanspraak op kostenvergoeding door verzekeraar. De rechtsbijstandverzekering is gebaseerd op interne behandeling van in beginsel alle zaken door de rechtsbijstandverzekeraar. Wanneer iemand een geschil heeft dat onder de verzekering valt, kan hij aanspraak maken op dienstverlening in natura door de rechtsbijstandverzekeraar. Dat is primair de verzekerde prestatie. Wanneer de verzekerde besluit hiervan geen gebruik (meer) te maken, dan ziet hij in feite af van zijn aanspraken op de rechtsbijstandsverzekering.

Regelmatig vragen verzekerden een andere vorm van dienstverlening of een externe rechtshulpverlener en willen zij dit onder de rechtsbijstandverzekering brengen.

Om dit systeem van interne behandeling te kunnen toepassen en te waarborgen, bevatten de polisvoorwaarden enkele duidelijke bepalingen. Verzekeraar, evenals andere rechtsbijstandverzekeraars, houdt hieraan strikt de hand.

In artikel 6.1.a van de polisvoorwaarden is het principe van de interne behandeling neergelegd. Tevens is hierin bepaald dat behandeling door externe deskundigen alleen plaatsvindt 'indien de maatschappij dit wenselijk en/of noodzakelijk acht'. In hetzelfde artikel staat onder c dat (indien verzekeraar heeft besloten een externe deskundige in te schakelen) de opdracht aan deze deskundige altijd door verzekeraar wordt gegeven.

In artikel 5.2 wordt dit vanuit een andere invalshoek nog eens duidelijk weergegeven: indien de verzekerde een ander met de behartiging van zijn belangen belast, is de aanspraak op rechtsbijstand vervallen. Dit behoort bij de algemene verplichtingen van de verzekerde, die steeds gelden. Deze bepaling is zodanig geredigeerd dat de vraag of er sprake is van benadeling van verzekeraar geen rol speelt; dit om discussies als in de onderhavige zaak te voorkomen.

De rechtsbijstandverzekering biedt primair juridische dienstverlening door de verzekeraar zelf. Hierop is de premiestelling gebaseerd. Wanneer inschakeling van een advocaat of andere deskundige noodzakelijk is, is het voor een rechtsbijstandverzekeraar essentieel dat hij de regie in het dossier behoudt. Dat wil zeggen dat de verzekeraar het moment van uitbesteden bepaalt, de opdracht formuleert, tariefafspraken maakt, de zaak inhoudelijk volgt, overleg pleegt voordat rechtsmaatregelen worden genomen, enzovoorts.

De veronderstelling dat een civiele procedure ook noodzakelijk zou zijn geweest als verzekeraar de zaak verder intern had behandeld, is zuiver speculatief. De zaak had dan mogelijk een geheel ander verloop gekregen, mogelijk was/waren andere informatie of rapportages op tafel gekomen en mogelijk had verzekeraar andere middelen kunnen inzetten tegenover de w.a.-verzekeraar. Na 1998 heeft verzekeraar geen enkele invloed op de zaak kunnen uitoefenen. Ook heeft hij geen zicht op de huidige situatie.

Verzekeraar heeft zijn standpunt al in 1998 aan klager uiteengezet bij de overdracht van de zaak. Klager is toen bij zijn besluit gebleven de kwestie door

de advocaat verder te laten behandelen, in de wetenschap dat verzekeraar de kosten van een eventuele procedure niet zou vergoeden.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. Klager wijst er nog op dat artikel 5 het kopje: '**MELDING VAN DE ZAAK**' heeft. Het feit dat hij een LSA-advocaat heeft ingeschakeld ontkracht het argument dat behandeling door verzekeraar zelf wellicht tot een andere uitkomst van de zaak zou hebben geleid. Daarbij komt dat klager van de w.a.-verzekeraar op verdedigbare gronden een bedrag van tenminste f 100.000,- vordert, terwijl deze niet meer dan f 10.000,- wil vergoeden. Klager wijst nog op Uitspraak Nr. 2000/29 Rbs van 13 maart 2000 van de Raad.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Bij brief van 25 februari 2002 heeft verzekeraar zijn standpunt nader toegelicht.

Verzekeraar bepaalt of en wanneer een dossier naar een externe rechtshulpverlener gaat. Dit staat los van de regel dat, indien de zaak naar een externe deskundige gaat, de verzekerde deze kan kiezen. Verzekeraar wijst op artikel 6.1.c van de polisvoorwaarden. De verzekerde kan zich nooit op kosten van verzekeraar tot een advocaat wenden. Verder is de bepaling geschreven om verzekeraar, wanneer de zaak eenmaal aan een advocaat uitbesteed dient te worden, gelegenheid te geven om invloed op de zaak te kunnen uitoefenen en tariefafspraken met de advocaat te kunnen maken.

Verzekeraar wijst ook op artikel 5.2 van de polisvoorwaarden. Ook wijst hij op artikel 5.1.a, waar het gevolg van de melding is geregeld: "Door het melden machtigt de verzekerde de maatschappij, *met uitsluiting van anderen*, rechtsbijstand te verlenen". Wanneer de verzekerde na het melden van de zaak bij verzekeraar een ander opdracht geeft om de zaak (verder) te behandelen, handelt hij in strijd met (ook) deze bepaling, en is de aanspraak op rechtsbijstand vervallen.

Aan deze basisregels, die de kern van de rechtsbijstandverzekering vormen, houdt verzekeraar strikt vast.

Klager stelt dat een schade van minimaal f 100.000,- geclaimd wordt. De aansprakelijkheidsverzekeraar van de wederpartij wil niet verder gaan dan f 10.000,-, voor welk standpunt ook wel argumenten zullen zijn. Wat verzekeraar zou hebben geoordeeld en gedaan als hij het dossier had behandeld, is niet aan te geven. Wel beschikt hij over instrumenten die een advocaat niet heeft: zo zijn er bespreekregelingen tussen afdelingsmanagers van verzekeraars om 'vastgelopen' dossiers op een hoger niveau aan de orde te stellen en in sommige gevallen vindt overleg op directieniveau plaats.

Omdat klagers advocaat heeft geadviseerd om een procedure te starten (wellicht is dat laatste al gebeurd) lijkt het niet zinvol dat verzekeraar, en mogelijk nog een andere deskundige, het dossier bestudeert en zich erover uitlaat.

Tussen Uitspraak Nr. 2000/29 Rbs van de Raad en de onderhavige kwestie bestaan enkele belangrijke verschillen:

- a. In de zaak, waarop de uitspraak van de Raad betrekking heeft, heeft de verzekerde herhaaldelijk aangegeven ontevreden te zijn over het verloop en de voortgang van de zaak. In de onderhavige zaak is dat in feite niet gebeurd.
- b. In de andere zaak heeft de verzekerde zich mede wegens communicatie- en taalproblemen tot een advocaat gewend, die namens de verzekerde diens klachten en wensen heeft verwoord.
- c. Hierbij heeft de advocaat exact aangegeven wat moest gebeuren en op welk tijdstip. De rechtsbijstandverzekeraar was het hiermee oneens. Namens de verzekerde heeft de advocaat hiervoor expliciet een beroep gedaan op de geschillenregeling.
- d. In de andere zaak heeft de advocaat het beoogde resultaat (in korte tijd) behaald.

Het kenmerkende verschil tussen beide zaken is het beroep op de geschillenregeling.

In de praktijk komt het voor dat de verzekerde naar een advocaat gaat en dat deze, namens de verzekerde, een beroep doet op de geschillenregeling. Vast beleid van verzekeraar is dat hij dat beroep honoreert. In klagers geval is geen beroep gedaan op de geschillenregeling. Noch klager, noch de advocaat heeft aangegeven dat er een geschil in de zin van de geschillenregeling was, wat dat geschil precies was en dat hiervoor een beroep werd gedaan op de geschillenregeling. Verzekeraar gaat ervan uit dat wanneer de door de verzekerde ingeschakelde deskundige dit niet doet, er op dat moment ook geen geschil in de zin van de polisvoorwaarden aanwezig is.

Het enkele feit dat klager zich buiten verzekeraar om tot een advocaat heeft gewend, is voor verzekeraar niet de reden geweest het dossier te sluiten. Wel het feit dat klager bewust het dossier aan de advocaat in behandeling heeft gegeven, ook nadat verzekeraar nadrukkelijk had aangegeven geen kostenvergoeding te geven en na correspondentie over deze beslissing.

Een redelijke oplossing van de kwestie zou een toepassing bij wege van analogie van artikel 7.3 van de polisvoorwaarden (inzake de geschillenregeling) zijn. Als klager in de procedure tegen de aansprakelijke partij het beoogde resultaat (zijn claim van tenminste f 100.000,-) behaalt, dan is verzekeraar bereid de kosten van rechtsbijstand (voor zover deze voor rekening van klager blijven) achteraf te vergoeden. Als de claim gedeeltelijk wordt toegewezen, zal naar redelijkheid bepaald dienen te worden welk deel van de kosten voor rekening van verzekeraar komt. Wordt de claim geheel afgewezen, dan vergoedt verzekeraar geen kosten.

In reactie daarop bij brief van 21 maart 2002 van zijn advocaat heeft klager zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Nadat verzekeraar blijkens de tot de overgelegde stukken behorende brief van 18 juni 1998 aan klager had bericht dat hij zijn bemoeiingen in de onderhavige zaak als geëindigd beschouwde, heeft klager medio 1998 een advocaat die lid is van de Vereniging van Letselschade Advocaten verzocht om de behandeling van zijn letselschadeclaim van verzekeraar over te nemen. Verzekeraar is verzocht om, als te zijner tijd een minnelijke afwikkeling van deze claim niet mogelijk en een civiele procedure tegen de w.a.-verzekeraar van de schadeveroorzaker noodzakelijk zou blijken te zijn, de kosten van deze procedure voor zijn rekening te nemen.

2002/19 Rbs

2. Verzekeraar heeft bij brief van 3 juli 1998 en ook daarna het standpunt ingenomen dat hij niet gehouden is om deze kosten te dragen. Hij heeft zich beroepen op het bepaalde in artikel 5.1. en 5.2. en in artikel 6.1. a. en c. van de toepasselijke polisvoorwaarden - hierboven onder 'Inleiding' weergegeven - en daarbij onder meer aangevoerd dat blijkens het bepaalde in artikel 5.2. irrelevant is of hij door het handelen van klager en de advocaat in zijn belangen is geschaad.

3. Bij beoordeling van de klacht moet worden voorop gesteld dat het in het onderhavige geval niet gaat om de kosten van rechtsbijstand die de door klager ingeschakelde advocaat heeft verleend bij diens poging voldoening van het door klager gevorderde buiten rechte te verkrijgen, maar om vergoeding door verzekeraar van de kosten verbonden aan een door de advocaat van klager noodzakelijk geachte procedure. Uit de overgelegde verzekeringsvoorwaarden blijkt dat uitgangspunt van de verzekering is, zoals door verzekeraar ook is aangevoerd, dat de behandeling van alle zaken in beginsel door de rechtsbijstandverzekeraar zelf geschiedt. Uit die voorwaarden, met name uit artikel 2 lid 5.a.2 en artikel 6 lid 1, komt echter tevens naar voren dat indien met behulp van externe deskundigen rechtsmaatregelen nodig zijn, de kosten daarvan door verzekeraar worden gedragen. De beslissing om een advocaat als externe deskundige met behandeling van de zaak te belasten berust bij verzekeraar en aan hem is voorbehouden namens de verzekerde opdracht te geven tot het verlenen van rechtsbijstand (artikel 6 lid 1 onder a en c).

Indien verzekeraar ertoe heeft besloten een advocaat met het verlenen van rechtsbijstand te belasten, is de keuze van de advocaat in de eerste plaats aan de verzekerde (artikel 6 lid 1 onder a).

Verzekeraar heeft zich bij zijn weigering om de kosten die zijn verbonden aan de door klagers advocaat noodzakelijk geachte procedure te vergoeden, in het bijzonder beroepen op artikel 5 lid 2 voor zover daarin is bepaald dat de aanspraak op rechtsbijstand vervalt indien de verzekerde een ander dan verzekeraar met de behartiging van zijn belangen heeft belast.

4. De Raad is van oordeel dat voor zover uit de verzekeringsvoorwaarden voortvloeit dat het aan de verzekerde krachtens de verzekering toekomende recht op vergoeding van de aan een wenselijke of noodzakelijke procedure verbonden kosten vervalt als gevolg van het belasten van een ander met de behandeling van de zaak, dit alleen het geval kan zijn indien deze gedraging het verval van dit recht rechtvaardigt. Nu de stellingname van klager bezwaarlijk anders kan worden opgevat dan dat het geven van opdracht aan de advocaat van klager niet rechtvaardigt dat het recht van klager op vergoeding door verzekeraar van de aan een noodzakelijke procedure verbonden kosten vervalt, lag het op de weg van verzekeraar feiten en omstandigheden te vermelden die het standpunt rechtvaardigen dat de genoemde gedraging van klager het verval van bedoeld recht wel rechtvaardigde.

Verzekeraar heeft echter geen concrete feiten aangevoerd waaruit zou kunnen volgen dat de wijze van behandeling van de zaak door klagers advocaat heeft gelegen beneden het niveau waarop verzekeraar zelf de zaak zou hebben behandeld, noch ook dat wanneer de zaak door verzekeraar zelf zou zijn behandeld een procedure niet wenselijk of nodig zou zijn geworden. De algemene stelling van verzekeraar dat hem als rechtsbijstandverzekeraar meer mogelijkheden ten dienste staan om de zaak door onderhandelingen tot een einde te brengen is daartoe niet voldoende.

5. Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt dat verzekeraar ter onderbouwing van zijn standpunt dat het recht van klager op vergoeding van kosten van rechtsbijstand is vervallen, niet ermee heeft kunnen volstaan erop te wijzen dat klager een ander met de behandeling van de zaak heeft belast. De klacht is derhalve gegrond.

2002/19 Rbs

Gegrondbevinding van de klacht brengt voor verzekeraar als consequentie mee dat hij alsnog zal hebben te onderzoeken of aannemelijk is dat, had hijzelf het verlenen van rechtsbijstand voortgezet, een regeling van het geschil tot stand zou zijn gekomen die klager in redelijkheid had dienen te aanvaarden. Zo neen dan zal verzekeraar dienen te onderzoeken of een procedure wenselijk of noodzakelijk is. Mocht zulks het geval zijn dan zal hetgeen omtrent de behandeling van de zaak in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, in het bijzonder in artikel 6 lid 1 onder a en c, van toepassing zijn.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 15 april 2002 door Mr. F.H.J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, Drs. D.F. Rijkels, arts, Mr. B. Sluijters en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)