

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2002/21 Mo

in de klacht nr. 119.01

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.

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

Inleiding

Klager is advocaat en verleent een cliënte juridische bijstand bij de afwikkeling van de door haar bij verzekeraar als w.a.-motorrijtuigverzekeraar van de schadeveroorzakende auto geclaimde letselschade als gevolg van een auto-ongeval op 9 oktober 1999. Verzekeraar heeft de behandeling van de onderhavige schadeclaim aan een letselschaderegelingsbureau overgedragen.

De klacht

Op 1 november 1999 heeft de cliënte klager om juridische bijstand verzocht naar aanleiding van het ongeval van 9 oktober 1999 waarbij de auto waarin zij zat van achteren is aangereden. Het betreft een zogenaamd whiplashdossier. Tot op heden, twee jaar na dato, weigert verzekeraar om enig bedrag aan kosten ex artikel 6:96 BW te voldoen. Verzekeraar heeft alleen drie medische kostennota's betaald. Klager heeft zijn nota's kwartaalsgewijs achteraf en gespecificeerd verzonden. Als klager een opmerking maakt over de openstaande nota's, wordt zijn cliënte verwezen naar gefinancierde rechtshulp dan wel naar een vergoedingsnorm van 15% van de aangetoonde schade. Door de houding van verzekeraar en het door hem ingeschakelde schaderegelingsbureau komt de normale voortgang van het dossier in gevaar, waardoor verzekeraar dubbel voordeel lijkt te krijgen. Blijkens de PIV-uitgave over buitengerechtelijke kosten is het niet juist dat een verzekeraar kwartaalnota's niet betaalt.

Het standpunt van verzekeraar

Klager beklagt zich er over dat zijn kostennota's niet door verzekeraar worden voldaan.

Uit het dossier blijkt dat klagers cliënte rechtsbijstand ontvangt op basis van een zogenaamde voorwaardelijke toevoeging. Dat brengt mee dat zij een beperkte eigen bijdrage heeft moeten voldoen en voor het overige de kosten van rechtsbijstand niet voor haar rekening komen. Zij ondervindt er zelf geen nadeel

2002/21 Mo

van dat klagers nota's op dit moment niet door verzekeraar worden betaald. Daaruit, en uit de wijze waarop de klacht is ingediend, kan worden geconcludeerd dat haar advocaat zelf de klacht heeft ingediend. Klager, een professioneel werkend advocaat, is geen 'consument' in de zin van artikel 1 van het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen. De klacht is volgens verzekeraar niet-ontvankelijk.

Uitsluitend voor het geval de Raad van Toezicht Verzekeringen mocht menen dat klager ontvankelijk is, wijst verzekeraar op het navolgende.

Uit de beschikbare medische gegevens blijkt dat korte tijd na het ongeval van 19 oktober 1999 sprake was van klachten van de nek en de bovenrug (laag cervicaal/hoog thoracaal) bij klagers cliënte. Volgens haar mededelingen staaakte zij haar werkzaamheden ongeveer tien dagen na het ongeval. Op 10 december 1999 noteerde de huisarts dat zij op dat moment (weer) fulltime in de horeca werkzaam was.

Later is sprake van pijnklachten in de onderrug. Een relatie tussen deze klachten en het ongeval is niet aannemelijk gezien het klachtenbeeld aansluitend aan het ongeval en het verloop van dat klachtenbeeld.

Behoudens enkele bezoeken aan de huisarts heeft feitelijk geen (para) medische behandeling plaatsgevonden in verband met het ongeval. De cliënte heeft slechts vier keer - met succes - een fysiotherapeutische behandeling ondergaan en heeft deze behandeling vervolgens zelf afgebroken.

Daarom is niet onaannemelijk dat de cliënte aansluitend aan het ongeval gedurende een korte periode klachten heeft ondervonden, wat een bescheiden vergoeding van immateriële schade rechtvaardigt. Voor de hoogte daarvan kan aansluiting gezocht worden bij het smartengeldboek van de ANWB, bijvoorbeeld nummer 315 van de 14e druk, jaar 2000. Hierin wordt een toegekende smartengeldvergoeding van f 1.500,- beschreven. Rekening houdend met enige mogelijke andere schade, bijvoorbeeld in verband met een kortdurende periode van arbeidsongeschiktheid die gerelateerd zou kunnen worden aan de ongevalsklachten, heeft verzekeraar een vergoeding verstrekt van in totaal f 5.000,-. Deze vergoeding, vermeerderd met een vergoeding van de kosten ten bedrage van f 1.436,40 die verbonden waren aan het inwinnen van de medische informatie, is adequaat.

Dat de zaak nog niet is afgesloten, houdt verband het feit dat klager van mening is dat de schade mogelijk groter is dan het bedrag dat door verzekeraar is voldaan.

Gebleken is dat klagers cliënte op 30 mei 1997 een soortgelijk ongeval is overkomen in verband waarmee zij letselschade claimt bij een andere verzekeraar. Klager schrijft op 15 mei 2001 dat zijn cliënte 'gewoon geen klachten had naar aanleiding van dit ongeval' en meldt dat zijn cliënte naar aanleiding van dit ongeval geen smartengeld had gekregen. Dit blijkt niet juist te zijn. Door de advocaat in die kwestie werd op 29 oktober 1998 nog meegedeeld dat sprake was van allerlei beperkingen die met dat ongeval verband hielden. De cliënte had voorts twee betalingen ontvangen, waaronder een voorschot onder algemene titel.

Ook op medisch gebied zijn de verklaringen en mededelingen tegenstrijdig. In een brief van 15 mei 2001 stelt klager dat zijn cliënte geen lage, maar hoge rugklachten heeft. Lage rugklachten zijn echter door de bedrijfsarts en door de huisarts gedocumenteerd. In de brief wordt ontkend dat de cliënte voor het ongeval van 9 oktober 1999 het middel diclofenac gebruikte, hoewel dat zo door de eigen medisch adviseur is genoteerd. Tegenover klagers medisch adviseur zou de cliënte verder gesteld hebben dat de behandelingen bij de fysiotherapeut

2002/21 Mo

geen baat brachten (hoewel deze fysiotherapeut dat anders in zijn dossier vastlegt) en dat zij de fysiotherapeut heeft medegedeeld waarom zij zich onttrok aan verdere therapeutische behandeling, hetgeen wordt ontkend door de fysiotherapeut.

Vastgesteld kan worden dat herhaaldelijk is gebleken dat de mededelingen van klager en/of zijn cliënte in strijd zijn met andere gegevens.

Met klager is afgesproken dat verzekeraar informatie zou inwinnen bij de bedrijfsvereniging. Diverse pogingen zijn gedaan om het dossier met de gegevens van de bedrijfsvereniging te completeren. Verzekeraar is wat dit betreft afhankelijk van het GAK.

Samenvattend kan op basis van de huidige gegevens slechts worden geconcludeerd dat aannemelijk is dat de cliënte aansluitend aan het ongeval een korte periode klachten heeft ondervonden. De door verzekeraar verleende schadevergoeding is adequaat voor de daarmee verband houdende schade inclusief de redelijke kosten van rechtsbijstand. Hoewel door klager is betoogd dat de schade groter is dan het door verzekeraar reeds vergoede bedrag, is daarvoor geen enkele aanwijzing. Zulks betekent dat ook de kosten van rechtsbijstand die in verband met de beweerdelijk geleden schade worden gemaakt niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzekeraar heeft zijn standpunt op dit punt uitvoerig aan klager uiteengezet.

Niet duidelijk is waarom verzekeraar 'dubbel voordeel' zou krijgen. Zijn behandelingskosten lopen gewoon door terwijl de beschikbare gegevens erop lijken te duiden dat de schade reeds is vergoed.

Voorts stelt klager - zonder een precieze vindplaats te duiden - dat in de PIV-uitgave over buitengerechtigde kosten het niet als juist wordt ervaren dat een assuradeur kwartaalsgewijze nota's niet voldoet. Het is niet duidelijk waar klager precies op doelt, maar het komt verzekeraar voor dat hij verplicht is om de totale vaststaande schade inclusief de daarmee verband houdende redelijke kosten van rechtsbijstand te voldoen en dat hij aan die verplichting heeft voldaan.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht. Onjuist is verzekeraars mededeling dat de cliënte rechtsbijstand ontvangt op basis van een voorwaardelijke toevoeging. Klager heeft in een brief van 2 november 1999 aan verzekeraar meegedeeld dat hij met de cliënte had afgesproken dat hij voor haar werkzaam zal zijn tegen een uurtarief van f 330,-. In een brief van 8 november 1999 berichtte verzekeraar klager dat de buitengerechtigde kosten (van de cliënte) voor vergoeding in aanmerking komen voor zover voldaan wordt aan de zogenaamde dubbele redelijkheidstoets. Verzekeraar heeft echter geen van klagers nota's voldaan. De reden dat verzekeraar denkt dat klager rechtsbijstand verleent op basis van een voorwaardelijke toevoeging is gelegen in het feit dat, toen verzekeraar in de loop van 2000 weigerde en klagers nota te voldoen en de cliënte van redelijke voorschotten te voorzien, klager de cliënte heeft verzocht een bewijs van onvermogen te verstrekken aan de hand waarvan hij een voorwaardelijke toevoeging heeft ontvangen voor een tegen verzekeraar te voeren kort geding. Nadat de dagvaarding was uitgebracht heeft verzekeraar uiteindelijk f 4000,- in der minne voldaan. Blijkens Verkeersrecht 1991, nrs. 9, 10 en 11, kan een WA-verzekeraar zich niet op een voorwaardelijke toevoeging beroepen, omdat dit iets is tussen de overheid en een individuele justitiabele. Klager is bereid voor de cliënte te doen wat noodzakelijk is maar als verzekeraar blijft weigeren zijn nota's te voldoen, dan is dat niet bevorderlijk voor zijn inspanningen.

2002/21 Mo

Het oordeel van de Raad

1. Volgens artikel 5 van het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen heeft de Raad tot taak erop toe te zien dat de aangesloten verzekeraars en tussenpersonen bij het bemiddelen, het tot stand brengen en uitvoeren van overeenkomsten van verzekering met consumenten en in het bijzonder ten aanzien van het zorgvuldig en voortvarend optreden in het verkeer met consumenten, de goede naam c.q. het aanzien van en het vertrouwen in het bedrijf in stand houden.

2. De klacht betreft uitsluitend het niet betalen door verzekeraar van de kwartaalnota's van klager voor rechtsbijstand door hem als advocaat verleend aan een cliënte ter zake van het buiten rechte verkrijgen van vergoeding door verzekeraar van schade door deze cliënte geleden. Klager heeft de klacht in eigen naam ingediend, niet ten behoeve van de cliënte. Blijkens een door klager overgelegde (concept-)dagvaarding in kort geding van verzekeraar is een (voorwaardelijke) toevoeging verstrekt door de betreffende Raad voor Rechtsbijstand. In een dergelijk geval is de rechtszoekende in beginsel slechts een beperkte eigen bijdrage verschuldigd. De klacht betreft niet het niet vergoeden door verzekeraar van de eigen bijdrage.

3. Uit het onder 2 overwogene volgt dat de klacht een geschil betreft tussen klager als advocaat en verzekeraar omtrent hetgeen waarop klager in de uitoefening van zijn beroep jegens verzekeraar aanspraak meent te hebben. Dit brengt mee dat klager niet kan worden beschouwd als een consument zoals bedoeld in voormeld artikel 5, zodat hij niet in zijn klacht kan worden ontvangen. Daaraan doet niet af dat de cliënte ten behoeve van de behandeling van de klacht door de Raad een medische machtiging heeft ondertekend omdat daaruit niet kan worden afgeleid dat haar advocaat de klacht ten behoeve van haar heeft ingediend.

De beslissing

De Raad verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht.

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)