

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2002/45 Med

in de klacht nr. 144.01

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

De werkgever van klager heeft in 1981 bij verzekeraar een collectieve ongevallenverzekering gesloten. Een recht op uitkering ontstaat, met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, indien een verzekerde in of buiten beroep wordt getroffen door een ongeval in de zin van de polis dat overlijden of blijvende invaliditeit ten gevolge heeft.

De 'Algemene Verzekeringsvoorwaarden' luiden, voorzover hier van belang:

Artikel 1 Begrip ongeval

'In deze polis wordt onder ongeval verstaan:

Een gebeurtenis, waarbij aan verzekerde lichamelijk of geestelijk letsel wordt toegebracht door een plotseling, van buiten komend, onmiddellijk op of in zijn lichaam of geest inwerkend geweld.'

Artikel 2

'De volgende gebeurtenissen worden echter ook als ongevallen beschouwd:
(...)

e. verrekking en scheuring van spieren en weefsels, ontwrichting, verstuiking;

f. het ontstaan van lumbago (lendenspit), (...)'

Artikel 8 De uitkering bij blijvende invaliditeit (B)

'Indien de blijvende invaliditeit intreedt binnen 2x365 dagen na en als rechtstreeks gevolg van een ongeval, bestaat recht op uitkering.'

Artikel 9

'Bij het ontstaan van een van de volgende gevallen van blijvende invaliditeit keert de Maatschappij het achter dit geval genoemde percentage van het volgens B verzekerde bedrag uit:

(...)

2002/45 Med

Artikel 10

‘Voor gevallen van blijvende invaliditeit, niet genoemd in artikel 9 wordt het uit te keren percentage van het volgens B verzekerde bedrag vastgesteld in evenredigheid met de mate van de invaliditeit, met inachtneming van de in artikel 9 aangegeven schaal

(...)

Het beroep van de verzekerde zal bij de vaststelling van de in dit artikel bedoelde gevallen van blijvende invaliditeit naar keuze van verzekerde al dan niet in aanmerking worden genomen.’

De klacht

Klager is op 18 oktober 1991 als bestuurder van een stilstaande auto door een achteropkomende auto aangereden. Als gevolg van dit ongeval is bij klager een halsnekwervel (C5) gebroken. Klager is in opdracht van de WAM verzekeraar van de achterop komende auto, die aansprakelijkheid voor de aanrijding heeft erkend, gekeurd door een orthopaedisch chirurg en een neuroloog. Verzekeraar heeft klager bericht dat hij, op basis van de uitkomst van dit onderzoek, recht had op een uitkering van f 20.902,73, uitgaande van een invaliditeitspercentage van 15% ten opzichte van de gehele mens. Klager was het daarmee niet eens; hij heeft de uitkering als voorschot geaccepteerd. Vervolgens hebben klager en verzekeraar afgesproken het bepalen van het uitkeringspercentage op te schorten totdat een medische eindtoestand zou zijn bereikt. De medische toestand van klager is daarna verslechterd. Er heeft een operatieve ingreep plaatsgevonden. Hoewel de bevindingen van de neurochirurg geen absolute zekerheid geven dat de klachten van klager met het ongeval samenhangen, was dat wel waarschijnlijk.

In opdracht van verzekeraar heeft eind april 1997 een expertise door een neuroloog plaatsgevonden.

Het eerste onderdeel van de klacht richt zich tegen de expertise door deze neuroloog. Klager meent dat op de navolgende gronden van verzekeraar kan worden verlangd dat hij nogmaals expertise laat verrichten om het percentage ongevalsinvaliditeit in de zin van de polis te laten vaststellen:

- Bij de opdracht aan de neuroloog om het ongevalsletsel te bepalen heeft verzekeraar de polisvoorwaarden niet in acht genomen. De functionele invaliditeit had op grond van artikel 10 van de polisvoorwaarden bepaald dienen te worden met inachtneming van de in artikel 9 van de polisvoorwaarden aangegeven glijdertaxe.
- De expertise door de neuroloog is niet gericht geweest op vaststelling van ongevalsletsel in de zin van de polis. De polis is ruimer geredigeerd dan de in de aanbiedingsbrief vermelde klachten, die ‘rechtstreeks’, ‘uitsluitend’ en ‘direct’ door het ongeval zijn ontstaan. Ook de in artikel 2 en 3 van de polisvoorwaarden genoemde klachten en gebeurtenissen worden als ongeval in de zin van de polis beschouwd.
- In de aanbiedingsbrief is ten onrechte vermeld dat een medische eindtoestand lijkt te zijn bereikt.
- De expertise had in redelijkheid niet kunnen worden beperkt tot neurologische expertise.
- De desbetreffende rapportage is op onjuiste feiten gebaseerd; de neuroloog vermeldt onder andere dat er geen tekenen zijn van wortelprikkeling.

2002/45 Med

Als tweede onderdeel van de klacht voert klager aan dat verzekeraar ten onrechte stelt dat de lage rugklachten die klager ondervindt, niet als ongeval in de zin van de polis kunnen worden beschouwd. In het rapport van de orthopaedisch chirurg en de neuroloog die klager destijds in opdracht van de WAM-verzekeraar hebben onderzocht, wordt expliciet vermeld dat de rugklachten als ongevalsgevolg zijn te beschouwen. Gezien de toepasselijke polisvoorwaarden is de vraag of deze rugklachten als direct gevolg van het ongeval kunnen worden aangemerkt overigens niet relevant. Ingevolge artikel 2 sub e en f van polisvoorwaarden worden met ongevallen gelijk gesteld klachten die door verrekking en verscheuring van spierweefsel, alsook door lumbago ontstaan.

De klacht is voorts gericht tegen het uitblijven van het vaststellen van het percentage invaliditeit in evenredigheid met de in artikel 9 van de polisvoorwaarden aangegeven schaal, ondanks een eerdere mondelinge toezegging door verzekeraar.

Het laatste onderdeel van de klacht luidt dat verzekeraar bij het bepalen van het uitkeringspercentage van 15% en de onderbouwing daarvan de polisvoorwaarden niet in acht heeft genomen, hetgeen in het licht van het voorgaande geen separate toelichting behoeft.

Het standpunt van verzekeraar

De toenmalige medisch adviseur van verzekeraar heeft op basis van de medische onderzoeken die in opdracht van de WAM-verzekeraar in februari 1993 bij klager zijn verricht, de bewegingsbeperking van de nek op 12% invaliditeit bepaald en de invaliditeit in verband met inzakking van de vijfde halswervel op 3%, in totaal derhalve op 15%. De medisch adviseur wees erop dat de rugklachten als gevolg van hernia's in het verleden moesten worden geduid. Bij een CT-scan en contrastonderzoek, verricht in 1992, was vastgesteld dat er nog steeds of wederom sprake was van een uitpuiling tussen de vierde en vijfde lendenwervel, waaraan klager al twee keer was geopereerd. Deze uitpuiling gaf toen nog geen druk op het zenuwweefsel. Naar aanleiding van de hiervoor genoemde informatie van de medisch adviseur van verzekeraar is aan klager een uitkering betaalbaar gesteld op basis van 15% invaliditeit. Daarna heeft klager gedurende twee jaar niets van zich laten horen. Verzekeraar heeft pas in juli 1996 vernomen dat klager de uitkering als voorschot beschouwde. Uit vervolgens ontvangen informatie van de behandelende artsen en de medische dienst van de uitvoeringsinstelling bleek dat klager van juni 1992 tot 22 mei 1995 gewoon had gewerkt. Ten tijde van de in opdracht van de WAM-verzekeraar verrichte neurologische en orthopaedische onderzoeken was er van beroepsinvaliditeit derhalve geen sprake.

Klager heeft zich op 22 mei 1995 ziek gemeld in verband met nek-, hoofd- en schouderklachten. Op 28 april 1997 is in opdracht van verzekeraar bij klager een nieuwe expertise door een neuroloog verricht. Naar aanleiding van dit onderzoek constateerde de medisch adviseur van verzekeraar dat de bewegingsbeperking van de nek niet meer aanwezig was. Voor de halswervelfractuur werd overeenkomstig de AMA guide een invaliditeit van 5% toegekend.

Verzekeraar heeft een verzoek van klager om een nieuwe neurologische of orthopaedische expertise te laten verrichten afgewezen, maar zich wel bereid verklaard een arbeidsdeskundig onderzoek te laten uitvoeren op grond van een door een arts-verzekeringsgeneeskundige op te stellen belastbaarheidspatroon.

2002/45 Med

Uit de daarop gevolgde briefwisseling tussen de advocaat van klager en verzekeraar blijkt dat de medisch adviseur van verzekeraar niet de mening van klager deelt dat de rugklachten als ongevalsgevolg zouden moeten worden beschouwd of door het ongeval zouden zijn verergerd. Uit de in april 2001 door de arbeidsdeskundige uitgebrachte rapporten volgt dat indien rekening wordt gehouden met de ongevalsgelateerde nekkklachten er geen arbeidsongeschiktheid is in de zin van artikel 10 van de verzekeringsvoorwaarden. Wordt wel rekening gehouden met de pre-existente en dus niet ongevalsgelateerde rugklachten, dan is er sprake van 50% beroepsinvaliditeit.

Met betrekking tot het eerste onderdeel van de klacht merkt verzekeraar het volgende op:

- De halswervelkolom is niet vermeld in artikel 9 (gliedertaxe) van de verzekeringsvoorwaarden. De voorwaarden kennen een keuzeclausule, zodat ook moest worden beoordeeld of er consequenties waren voor de beroepsuitoefening indien het letsel, zoals in casu, niet in de gliedertaxe kan worden vervat.
- In de opdrachtbrief van 3 april 1997 wordt terecht gesteld dat alleen die klachten en afwijkingen voor uitkering in aanmerking komen die uitsluitend een direct gevolg van het ongeval zijn. In artikel 8 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de blijvende invaliditeit moet zijn ingetreden binnen 2 x 365 dagen na het ongeval en een rechtstreeks gevolg daarvan moet zijn.
- In de genoemde brief is terecht gesteld dat een medische eindtoestand lijkt te zijn bereikt. Volgens de medisch adviseur van verzekeraar blijkt dit uit de medische rapporten van februari 1993. Dat klager nadien nog onder behandeling is gebleven betekent niet dat er in de zin van de verzekering geen medische eindtoestand zou bestaan.
- Klager heeft nooit bezwaar gemaakt tegen expertise door de door verzekeraar ingeschakelde neuroloog.
- Uit de brief van de medisch adviseur van 19 augustus 1997 blijkt dat het destijds toegekende percentage invaliditeit in grote mate was gebaseerd op de bewegingsbeperking van de nek, welke beperking zich in 1997 niet meer voordeed. Als gevolg daarvan bleef over de fractuur C5, die volgens de neuroloog in goede stand was genezen. Volgens de AMA guide leidde deze wervelfractuur tot een invaliditeit van 5%.
- Uit het medische dossier blijkt niet dat de door klager gestelde wortelprikkeling al vóór op of de datum van het in opdracht van verzekeraar verrichte neurologisch onderzoek (28 april 1997) zou zijn vastgesteld.
- Volgens de medisch adviseur was een orthopedisch onderzoek niet nodig, omdat de gegevens duidelijk genoeg waren.

Het tweede onderdeel van de klacht heeft betrekking op de lage rugklachten die klager ten onrechte als ongevalsgevolg wil doen beschouwen. Klager heeft in 1974 en in 1985 een hernia-operatie L4-L5 ondergaan. Volgens de medisch adviseur zijn de rugklachten geheel te verklaren uit de operaties. Het medisch dossier bevat geen enkele aanwijzing dat sprake is geweest van toegenomen problematiek laag in de rug of dat het ongeval van 18 oktober 1991 zou hebben geleid voor een blijvende toename van de toen al bestaande rugklachten. Ook is geen sprake geweest van lumbago, of verrekking of verscheuring van spierweefsel.

Ook het derde onderdeel van de klacht (het niet vaststellen van het percentage invaliditeit in evenredigheid met de gliedertaxe) is volgens verzekeraar niet gegrond. Verzekeraar heeft op basis van het nekletsel binnen drie jaar na het ongeval, toen er een eindtoestand was, uitgekeerd in overeenstemming met een invaliditeitspercentage van 15%. Van beroepsinvaliditeit was op dat moment geen sprake. Klager was toen full time aan het werk. Volgens het rapport van 11 april 2001 van de arbeidsdeskundige is er ook in 2001 geen sprake van beroepsinvaliditeit in de zin van de verzekering.

Het commentaar van klager

Naar aanleiding van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht nog toegelicht en gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Met betrekking tot het eerste onderdeel van de klacht heeft verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat hij geheel aan zijn verplichtingen heeft voldaan en dat er geen enkele reden is om nog een expertise te laten verrichten. Tot de aan de Raad overgelegde stukken behoort de brief van 3 april 1997 van de medisch adviseur van verzekeraar aan de neuroloog, waarin deze wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de blijvende gevolgen van het ongeval en de eventueel hieruit voortvloeiende mate van blijvende invaliditeit. Uit deze brief blijkt niet dat verzekeraar bij het formuleren van de onderzoeksopdracht de verzekeringsvoorwaarden heeft miskend, zoals klager heeft betoogd.

Verzekeraar heeft voorts in deze brief vermeld dat een eindtoestand lijkt te zijn bereikt. Voor die veronderstelling heeft verzekeraar voldoende steun kunnen vinden in de medische rapporten. Overigens is het bezwaar dat klager tegen deze vermelding heeft, niet van belang nu verzekeraar aan de neuroloog mede de vraag heeft voorgelegd of hij ook van oordeel is dat een medische eindtoestand is bereikt, dan wel of hij nog veranderingen verwacht in gunstige dan wel ongunstige zin.

De medisch adviseur van verzekeraar heeft geoordeeld dat er geen reden was voor een nieuwe expertise op orthopedisch gebied, omdat de verkregen informatie niet duidde op het ontstaan van nieuwe problemen van orthopedische aard. Ook dit standpunt vindt voldoende grond in de medische gegevens. Verzekeraar kon dit standpunt in redelijkheid overnemen. Klager heeft aangevoerd dat de bevindingen van de neuroloog, dat er geen tekenen zijn van wortelprikkeling of –uitval, feitelijk onjuist zijn. Volgens verzekeraar was daaromtrent ten tijde van het onderzoek door de neuroloog niets bekend. Het standpunt van verzekeraar, dat in de door klager vermelde brief van (naam neuroloog) van 2 oktober 1996 niet wordt geconcludeerd tot daadwerkelijke wortelprikkeling, is verdedigbaar.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het eerste onderdeel van de klacht ongegrond is.

2. De klacht dat verzekeraar ten onrechte stelt dat de lage rugklachten die klager ondervindt, niet als ongeval in de zin van de polis kunnen worden beschouwd, is ongegrond. In het aan de Raad overgelegde rapport van 21 juli 1997 van de neuroloog, is, voor zover thans van belang, het volgende vermeld:

‘(...) Dat de rugklachten van betrokkene veroorzaakt zijn door het ongeval acht ik niet bewezen. Er is geen lichamelijk letsel vastgesteld op laag lumbaal niveau en andere bijzonderheden dan de resttoestand van de doorgemaakte herniotomie zijn niet aanwezig. Dit alles overziend kan ik op strikt neurologisch vakgebied geen invaliditeit of beperkingen vaststellen die gerelateerd dienen te worden aan het doorgemaakte ongeval. Voorzover er invaliditeit bestaat door de doorgemaakte fractuur van C5 ligt deze op orthopedisch terrein.’ De medisch adviseur van verzekeraar heeft aan deze

2002/45 Med

meegedeeld dat zij op basis van de haar ter beschikking staande medische informatie en de expertiserapporten van oordeel is dat de rugklachten geen ongevalsgevolg zijn en dat zij het oordeel van de neuroloog onderschrijft. Zij heeft daarbij in aanmerking genomen dat klager twee operaties voor lumbale hernia heeft ondergaan in respectievelijk 1974 en 1985, dat aanwijzingen ontbreken dat het ongeval letsel had veroorzaakt waardoor een toename van de rugklachten zou kunnen worden verklaard, alsmede dat door de neuroloog die klager in 1994 voor de rugklachten heeft behandeld, geen verband wordt vermeld tussen deze klachten en het ongeval. Verzekeraar heeft dit oordeel van zijn medisch adviseur in redelijkheid kunnen overnemen. De goede naam van het verzekeringsbedrijf is hierdoor niet geschaad.

3. In het derde onderdeel van de klacht maakt klager verzekeraar het verwijt dat hij niet de mate van functionele invaliditeit in evenredigheid met de in artikel 9 van de polisvoorwaarden aangegeven schaal heeft bepaald. Verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat het bepalen van functionele invaliditeit niet aan de orde is, omdat er geen sprake is van beroepsinvaliditeit van klager. Verzekeraar heeft dit oordeel gebaseerd op het rapport van 10 april 2001 van de arbeidsdeskundige, waarin is geconcludeerd dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid van klager voor de uit te oefenen beroepswerkzaamheden. Door het hiervoor genoemde standpunt in te nemen heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad, zodat dit onderdeel van de klacht ongegrond is.

4. Het vierde onderdeel van de klacht, dat geen zelfstandige betekenis heeft, moet gezien het voorgaande eveneens ongegrond worden verklaard.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 2 september 2002 door Mr. F.H.J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, Mr. B. Sluijters, Drs. D.F. Rijkels, arts, en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. C.A.M. Splinter, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)