

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2003/04 WA

in de klacht nr. 2002.3029 (082.02)

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 verzekeraar in de gelegenheid te stellen in een zitting te worden gehoord, maar deze heeft verklaard daarvan geen gebruik te maken.

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

De klacht

Op 14 maart 1995 was klager betrokken bij een eenzijdig ongeval doordat zijn auto, die kort daarvoor in de garage een onderhoudsbeurt had gehad, tijdens het rijden een achterwiel verloor. Hierbij heeft klager een gebroken nekwerf opgelopen.

Klager heeft een letselschadebureau ingeschakeld. De garage, die bij verzekeraar tegen het risico van aansprakelijkheid was verzekerd, is aansprakelijk gesteld.

Vertraging. Het door verzekeraar ingeschakelde schaderegelingsbureau reageerde niet op brieven of vroeg om uitstel. Voorts zegde dit bureau gemaakte afspraken voor besprekingen af. De onderlinge afspraken van de medisch adviseurs vertoonden lange tussenpozen. Zo duurde het van 1 oktober 1997 tot 29 september 1998 tot een aanvullend neuro-psychologisch onderzoek kon worden uitgevoerd.

Vreemde onderhandelingen. De door het schaderegelingsbureau gedane voorstellen met betrekking tot de eindbetaling ter zake van het verlies aan verdienvermogen kenden een vreemd verloop. Zo ging het van f 75.000,- (17 augustus 1999) naar f 62.000,- (25 november 1999) en vervolgens naar f 38.500,- (21 maart 2000). Laatstgenoemd bedrag zou overgemaakt worden (20 juli 2000). Na telefonisch contact is een bedrag overeengekomen van

2003/04 WA

f 82.500,- (30 augustus 2000), dat kort daarna weer niet geldig was. Uiteindelijk is een eindbetaling verricht van f 58.500,-.

Vaststellingsovereenkomst. Door het schaderegelingsbureau werden twee vaststellingsovereenkomsten opgesteld. Beide keren werd een verkeerd bedrag opgevoerd. Daardoor heeft klager de eerste keer een bedrag van f 1.500,- misgelopen, dat later wel verrekend zou worden. Dit laatste is echter niet gebeurd. Overigens werd ook hier weer ruim zes weken 'gewacht' met het opmaken en versturen van de overeenkomst.

Betalingstermijn. Na het terugzenden van de vaststellingsovereenkomst duurde het ruim twaalf weken voordat het overeengekomen bedrag betaalbaar werd gesteld. Pas na gerichte vragen werd een rentevergoeding gegeven.

Klacht. De handelwijze van verzekeraar en het door deze ingeschakelde schaderegelingsbureau heeft klager als het slachtoffer minachtend ervaren. De afwikkeling duurde onnodig lang en werd bewust vertraagd. De onderhandelingen over het verlies aan verdienvermogen verliepen uiterst merkwaardig. Het is onbegrijpelijk dat fouten worden gemaakt in een vaststellingsovereenkomst en dat de uitvoering van deze overeenkomst zo lang moet duren.

Klager beklaagt zich, omdat hem duidelijk is geworden dat verzekeraars bijna geen klachten ontvangen over de afhandeling van letselschadezaken.

Klager wil met deze klacht bereiken dat 1. verzekeraar het schaderegelingbureau beter in de gaten houdt, 2. verzekeraar en het door deze ingeschakelde schaderegelingsbureau aan klager hun excuses aanbieden, 3. verzekeraar zijn opstelling tegenover slachtoffers verbetert.

Het standpunt van verzekeraar

Ook verzekeraar heeft helaas moeten vaststellen dat de afhandeling van klagers schade veel te wensen overlaat. Onnodige vertraging is ontstaan in de voortgang van de letselschadebehandeling en de financiële afwikkeling. Verzekeraar erkent dat hij, als opdrachtgever van het schaderegelingsbureau, de voortgang in deze zaak onvoldoende heeft bewaakt. Bij de financiële afwikkeling is vervolgens, als gevolg van miscommunicatie tussen hem en dit bureau, niet tijdig tot betaling overgegaan.

Verzekeraar betreurt deze gang van zaken ten zeerste en biedt klager hierbij zijn oprechte excuses aan. De gang van zaken in dit dossier staat haaks op de beleidsuitgangspunten van verzekeraar, waarin het slachtoffer centraal staat en waarin de letselschadebehandelaar een actieve en sturende rol in het schaderegelingproces heeft. De vertaling van deze beleidsuitgangspunten naar de praktijk is voor verzekeraar een permanent punt van aandacht.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht. De oprechte excuses aanvaardt klager, maar hij ziet niet in dat verzekeraar in de toekomst zorgvuldiger met slachtoffers zal omgaan.

2003/04 WA

Het oordeel van de Raad

1. Het staat een verzekeraar in beginsel vrij een schaderegelingsbureau in te schakelen bij de behandeling van een vordering tot vergoeding van schade. In zodanig geval is de verzekeraar in tuchtrechtelijke zin verantwoordelijk voor de handelwijze en gedragingen van het schaderegelingsbureau als voor eigen handelingen en gedragingen.

2. Zoals verzekeraar heeft erkend, heeft de behandeling van klagers schade door verzekeraar zelf en door het door deze ingeschakelde schaderegelingsbureau veel te wensen overgelaten. Door deze wijze van behandelen heeft verzekeraar dan ook de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad. De klacht zal dan ook gegrond worden verklaard.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 6 januari 2003 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)