

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2003/82 Med

in de klacht nr. 2003.2363 (069.03)

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 was krachtens een collectieve ongevallenverzekering bij (een rechtsvoorganger van) verzekeraar verzekerd tegen onder meer het risico van blijvende invaliditeit. Hierna wordt onder verzekeraar ook deze rechtsvoorganger verstaan. In artikel 6.7.1 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald: 'Vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit vindt plaats uiterlijk 730 dagen na het ongeval of zoveel eerder als redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de toestand van verzekerde door het ongeval vrijwel onveranderlijk is'.

Op 31 maart 1995 heeft klager bij een verkeersongeval letsel opgelopen. In een brief van 21 november 1996 heeft het door klager ingeschakelde expertise- en schaderegelingsbureau (hierna: het bureau), onder overlegging van het advies van diens medisch adviseur, aan verzekeraar gevraagd of deze akkoord kon gaan met een afwikkeling op basis van 3% blijvende invaliditeit. Verzekeraar is daarmee blijkens zijn brief van 14 januari 1997 aan het bureau akkoord gegaan.

Vervolgens heeft klager de behartiging van zijn belangen overgedragen aan zijn rechtsbijstandverzekeraar. Deze heeft klager in augustus 1997 laten onderzoeken door een hoogleraar in de mond- en kaakchirurgie. De hoogleraar acht bij klager 15% blijvende invaliditeit aanwezig.

Zowel de rechtsbijstandverzekeraar als het bureau - dat door de rechtsbijstandverzekeraar aansprakelijk is gesteld - hebben daarna getracht verzekeraar te bewegen tot het doen van een aanvullende uitkering, maar deze heeft dat geweigerd.

2003/82 Med

De klacht

Op advies van diens medisch adviseur heeft het bureau aan verzekeraar destijds voorgesteld om over te gaan tot afwikkeling op basis van 3% blijvende invaliditeit, zonder expertise. In zijn notitie van 21 oktober 1996 had de medisch adviseur gesteld dat klagers knieletsel leidt tot 3% blijvende invaliditeit. Verzekeraar heeft dienovereenkomstig uitgekeerd, overigens zonder enige vorm van kwijting.

Uit nader medisch onderzoek op initiatief van klagers rechtsbijstandverzekeraar is echter gebleken dat het percentage blijvende invaliditeit 15 bedraagt. Klagers rechtsbijstandverzekeraar heeft getracht om verzekeraar ervan te overtuigen dat deze gehouden is om een aanvullende uitkering te doen. Nadat verzekeraar dat had geweigerd, heeft de rechtsbijstandverzekeraar het bureau aangesproken wegens onjuiste medische advisering. Het bureau heeft vervolgens zijn medisch adviseur aangesproken voor zijn kennelijke omissie.

Verzekeraar weigert volstrekt in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf elke medewerking aan de uitkering waarop klager uit hoofde van de onderhavige ongevalverzekering recht heeft. Die medewerking zou kunnen inhouden dat laatstgenoemd percentage blijvende invaliditeit als uitgangspunt wordt gehanteerd, of dat een nieuw, onafhankelijk medisch onderzoek plaats heeft. Verzekeraar stelt niet het belang van zijn verzekerde centraal, maar de rol die het bureau destijds als klagers belangenbehartiger heeft gespeeld.

Het standpunt van verzekeraar

Verzekeraar acht de klacht niet-ontvankelijk omdat deze in feite niet van klager afkomstig is maar van het bureau dat klagers belangen heeft behartigd. Dat is geen consument en geen onmiddellijk of middellijk belanghebbende bij de verzekeringsovereenkomst als bedoeld in het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen. Het bureau klaagt omdat het door klagers rechtsbijstandverzekeraar aansprakelijk is gesteld voor het handelen van zijn medisch adviseur.

Het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen kent geen vervaltermijn. Dit betekent dat de algemene rechtsregels van toepassing zijn. Dat heeft tot gevolg - tenzij partijen anders zijn overeengekomen - dat het indienen van een klacht bij de Raad na het verstrijken van de verjaringstermijn van 5 jaar conform art. 3:310 BW niet meer mogelijk is, ervan uitgaande dat in verband met de rechtszekerheid, die ook dient te gelden bij het klachtrecht, een klachtreglement de werking van de wet met betrekking tot verjaring niet terzijde stelt.

De inhoud van de klacht is verzekeraar niet precies duidelijk. Voorzover klager bedoelt te klagen over het feit dat verzekeraar tot afwikkeling is overgegaan zonder kwijting te verlangen dan wijst verzekeraar erop dat het vragen van kwijting niet noodzakelijk is. Indien geen kwijting wordt gevraagd betekent dat niet dat op de overeenkomst kan worden teruggekomen. De overeenkomst was duidelijk. De inhoud ervan is door het bureau voorgesteld, op basis van de door hem ingeschakelde medisch adviseur en ondersteund door de door hem ingeschakelde jurist, en door verzekeraar overgenomen. Klager kan geen reden hebben tot klagen over de eigen voorstellen. Met het aanvaarden van het aanbod, gedaan

2003/82 Med

door het bureau, is een perfecte overeenkomst gesloten die niet meer aantastbaar is. Dit wordt niet door het bureau bestreden, behoudens dat het van mening is dat indien het, doordat zijn medisch adviseur een onjuist advies zou hebben gegeven - hetgeen beiden bestrijden - aansprakelijk zou zijn, verzekeraar alsnog een hogere uitkering moet doen.

Kennelijk bestaat tussen de rechtsbijstandverzekeraar en het bureau verschil van inzicht met betrekking tot het percentage blijvende invaliditeit van klager. Onduidelijk is of het verschil van inzicht betrekking heeft op het percentage in het kader van de ongevallenverzekering of op het percentage invaliditeit bij de vaststelling van de aansprakelijkheidsschade. Dat zijn totaal verschillende zaken.

Het percentage blijvende invaliditeit is namens het bureau door de door hem ingeschakelde medisch adviseur vastgesteld en zijn jurist heeft geen reden gezien een voorstel tot afwikkeling op te schorten. Het bureau en zijn medisch adviseur zijn blijkens de klacht niet van mening dat het percentage onjuist is. Zij vinden slechts dat als het percentage onjuist is het redelijk zou zijn als verzekeraar alsnog op basis van het hogere percentage, waarvan de grondslag niet duidelijk is, afwikkelt. Zij zijn zich kennelijk onvoldoende bewust van de eisen die hun professie meebrengt.

De kwestie is inmiddels verjaard. De overeenkomst tussen verzekeraar en klager, vertegenwoordigd door het bureau, is op 21 november 1996 gesloten en verjaarde op 21 november 2001 aangezien geen stuiting van de verjaring heeft plaatsgevonden in de zin van art. 3:316 BW. Bovendien bond de overeenkomst partijen en is niet bedongen dat één van hen het recht had om op de overeenkomst terug te komen. Een professionele belangenbehartiger weet dat vorderingen verjaren.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Uit de stukken komt naar voren dat de klacht namens klager is ingediend door het expertise- en schaderegelingsbureau. Klager heeft zijn handtekening geplaatst op een brief van 26 mei 2003 van de Raad aan het bureau ten bewijze van het feit dat hij akkoord was met het feit dat de klacht namens hem werd ingediend. Aangezien klager bovendien een redelijk belang heeft bij de klacht, is hij ontvankelijk in zijn klacht.

2. Onder de aan de Raad overgelegde stukken bevindt zich een afschrift van een door het door klager ingeschakelde schaderegelingsbureau aan verzekeraar geschreven brief van 21 december 1996. Daarbij was een advies gevoegd van diens medisch adviseur. In deze brief werd aan verzekeraar aangeboden het geschil omtrent de schadeomvang af te wikkelen op basis van 3% blijvende invaliditeit. Op dit voorstel heeft verzekeraar bevestigend geantwoord en dienovereenkomstig een uitkering aan klager verstrekt. Hiervan uitgaande kan verzekeraar zich in redelijkheid op het standpunt stellen dat een vaststellingsovereenkomst is tot stand gekomen zoals bedoeld in artikel 7:900 BW. Verzekeraar kan evenzeer het standpunt innemen dat niet is gebleken van omstandigheden die grond kunnen opleveren voor vernietiging van deze overeenkomst.

2003/82 Med

Verzekeraar heeft dan ook, door klager aan deze overeenkomst te houden, de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 15 december 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)