

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/066 Med

in de klacht nr. 2006.4658 (143.06)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster',

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

Klaagster was werkzaam bij een vereniging van rechtspersonen die bij verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering had afgesloten.

In de betreffende verzekeringsovereenkomst is bepaald: 'Het (...) pensioen gaat in nadat de verzekerde een aaneengesloten periode van ten minste 36 maanden (de wachttijd) voor ten minste 40% arbeidsongeschikt is geweest en wordt uitgekeerd zolang deze arbeidsongeschiktheid voor minimaal dit percentage voortduurt (...).'

In artikel 1.5 van de op de verzekering van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden is bepaald:

'arbeidsongeschiktheid:

de rechtstreeks en uitsluitend medisch objectief vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval, waardoor een verzekerde in een zodanige toestand verkeert, dat hij voor tenminste 40% ongeschikt moet worden geacht voor het verrichten van zijn beroepswerkzaamheden als accountant, advocaat, notaris, fiscalist en consultant.'

Op 30 augustus 2003 heeft klaagster in Zuid-Afrika letsel opgelopen doordat zij in oneffen terrein van een Landrover is gevallen.

De klacht

Klaagster is zeer ontevreden over de wijze waarop verzekeraar haar claim op grond van de onderhavige verzekering heeft behandeld.

1. Op 2 april 2004 ontving zij van verzekeraar een uitnodiging voor een medisch onderzoek ter beoordeling van de mate van haar arbeidsongeschiktheid.

Verzekeraar schreef dat hij haar na ontvangst van de resultaten ervan nader zou berichten. Dit heeft hij nagelaten. Pas in juni 2005 heeft zij kennis genomen van de inhoud van het rapport van de door verzekeraar ingeschakelde arts. Deze achtte haar niet in staat haar werkzaamheden als manager/consultant bij de vereniging te hervatten en stelt tevens dat sprake is van een medische eindsituatie. De arts heeft op verzoek van verzekeraar rechtstreeks aan diens medisch adviseur gerapporteerd, zulks zonder machtiging door klaagster.

2007/066 Med

Klaagster is niet gewezen op haar recht tot blokkering, inzage en correctie, en heeft daarvan geen gebruik kunnen maken, hoewel de rapporten onjuistheden bevatten. Klaagster vindt deze inbreuk op haar privacy, door haar medische gegevens, zonder dat zij daartoe expliciet toestemming had verleend, aan een haar onbekende verzekeringsarts toe te zenden, klachtwaardig. Overigens had zij, tot haar uittreden bij de vereniging in juli 2004, geen overeenkomst met verzekeraar. Het was aan de vereniging om via een door haar aan te wijzen arts de mate van klaagsters arbeidsongeschiktheid vast te laten stellen.

2. In augustus 2004 verzocht verzekeraar klaagster mee te werken aan een onderzoek door een arbeidsdeskundige. Deze zond aan klaagster voorafgaand aan zijn definitieve rapport een zeer beperkt (concept)rapport ter inzage. In december 2004 zond hij zijn eindrapport aan verzekeraar. Dit rapport is suggestief, op veel punten niet ter zake dienend en bevat onwaarheden. In zijn rapport geeft de arbeidsdeskundige aan dat hij niet over de benodigde medische gegevens beschikt om tot een oordeel te komen ten aanzien van de mate van arbeidsongeschiktheid van klaagster. Toch acht hij haar in staat haar functie bij de vereniging te hervatten, en verklaart hij haar volledig (althans voor meer dan 60%) arbeidsgeschikt voor haar beroep. Pas na ontvangst van het definitieve rapport van de arbeidsdeskundige nam klaagster kennis van de vraagstelling. Deze kijkt volledig af van de vraagstelling die later met betrekking tot dezelfde casus voor het onderzoek door een andere arbeidsdeskundige is gehanteerd. Verzekeraar weigert om het rapport, dat waardeloos is en een objectieve beeldvorming in de weg staat, uit het dossier te weren. Door een arbeidsdeskundige expertise te laten verrichten, zonder de arbeidsdeskundige te voorzien van benodigde medische informatie (zoals een beperkingenprofiel), handelt verzekeraar in strijd met het reglement van de Stichting Register Arbeidsdeskundigen. Daarnaast is de vraagstelling van verzekeraar aan de arbeidsdeskundige op diverse punten niet ter zake dienend, suggestief en ronduit kwetsend. Hierdoor wordt een bepaald beeld van klaagster geschetst. Dit belemmert een objectieve claimbeoordeling.

3. Op 29 december 2004 schreef verzekeraar dat hij heeft besloten de claimbeoordeling op te schorten in verband met een "aanstaand operatief ingrijpen". Volgens hem is geen sprake van een medische eindsituatie. De keuringsarts had echter op 9 juli 2004 al gerapporteerd dat daarvan wel sprake is. Ook diverse specialisten hadden dat aan verzekeraar bericht. Volstrekt onduidelijk is waarom verzekeraar meende dat een operatie zou plaatsvinden. De behandelend orthopedisch chirurg achtte immers een operatie niet opportuun. Aldus schortte verzekeraar op oneigenlijke gronden de claimbeoordeling op.

4. In april 2005 was op volstrekt onduidelijke gronden volgens verzekeraar blijkbaar toch sprake van een medische eindsituatie en verzocht hij klaagster mee te werken aan een keuring. Door eindeloze correspondentie over de vraagstelling vond dit onderzoek pas plaats op 24 januari 2006. Door suggestieve vragen en bijvoorbeeld het hanteren van een verkeerd beroep (accountant) dwong hij klaagster telkenmale te reageren en traineerde hij zo de schadeafwikkeling.

5. Op basis van het rapport van de keurend arts hebben zowel de medisch adviseur van verzekeraar als de door klaagster ingeschakelde verzekeringsarts een beperkingenpatroon opgesteld. Deze verschillen op essentiële punten van elkaar. Op verzoek van klaagster heeft de keurend arts aangegeven dat het profiel van de door haar ingeschakelde verzekeringsarts een adequate

2007/066 Med

vertaling is van zijn expertise. Hierop heeft de medisch adviseur van verzekeraar een brief aan de keurend arts geschreven, waarin hij suggereerde dat sprake zou kunnen zijn van aanstellerij of overdrijving. Door de brief is de keurend arts onder druk gezet. Hij kon zich nu immers vinden in twee sterk verschillende beperkingenprofielen. Deze handelwijze van verzekeraar is in strijd met het recht van klaagster op een eerlijke medische beoordeling.

6. Op 27 juli 2006 vond uiteindelijk een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek plaats. Verzekeraar stond erop dat dit onderzoek door een bepaalde arbeidsdeskundige werd uitgevoerd, hoewel deze bijna de gehele maand juli met vakantie was en klaagster had verzocht om een andere arbeidsdeskundige van hetzelfde bureau. De arbeidsdeskundige adviseerde een nader medisch onderzoek in verband met de toegenomen klachten en de tegenstrijdigheden in de opgestelde beperkingenprofielen. Verzekeraar weigerde dit echter zonder opgaaft van redenen. In zijn rapport gaf de arbeidsdeskundige aan niet in staat te zijn alle relevante medische informatie bij de beoordeling te betrekken. De medisch adviseur van verzekeraar had geweigerd een aantal aspecten in zijn beperkingenpatroon op te nemen, zoals pijnklachten en medicijngebruik.

7. Als gevolg van toegenomen klachten werd klaagster met spoed doorverwezen naar een neuroloog en een orthopeed. Op het verzoek om bij de beoordeling van de claim rekening te houden met het toegenomen orthopedisch letsel en een verdenking van neurologisch letsel, reageerde verzekeraar slechts door klaagster een machtigingsformulier toe te zenden. De keuringsarts van het UWV achtte haar echter 100% arbeidsongeschikt. Verzekeraar bagatelliseert constant haar (medisch objectief vaststelbare) letsel. Haar geloofwaardigheid wordt in twijfel getrokken en zij moet telkens opnieuw "bewijzen" dat zij zich niet aanstelt of overdrijft.

8. Op 14 oktober 2006 ontving verzekeraar het definitieve rapport van de arbeidsdeskundige, waarin deze noodgedwongen uitgaat van het beperkingenpatroon van de medisch adviseur van verzekeraar. De arbeidsdeskundige achtte klaagster 71% arbeidsongeschikt voor haar beroep als consultant, conform het bepaalde in de polisvoorwaarden. Op 28 oktober 2006 gaf verzekeraar op onbeschofte wijze te kennen dat hij zich niet kan vinden in dit rapport, omdat het afwijkt van het rapport van de eerder ingeschakelde arbeidsdeskundige. Deze concludeerde immers in 2004 dat klaagster arbeidsgeschikt is conform het bepaalde in de polisvoorwaarden. Die arbeidsdeskundige ging echter van een totaal andere vraagstelling uit en beschikte blijkbaar niet over de relevante medische gegevens. Klaagster meent recht te hebben op een beoordeling op basis van juiste en recente medische informatie. Een toename van klachten binnen de eigen risicotermijn moet bij de beoordeling betrokken worden.

Sinds het ongeval zijn 38 maanden verstreken. Volgens de Gedragscode Verzekeraars moet verzekeraar de claim adequaat en voortvarend afhandelen. De claim van klaagster is echter nog steeds niet beoordeeld. Sprake is van een inkomensverzekering. Het is in strijd met de redelijkheid en billijkheid een verzekerde zo lang in het ongewisse te laten. Verzekeraar reageert niet op de grieven van klaagster of legt alle schuld bij haar. Het is echter niet reëel te veronderstellen dat zij akkoord had kunnen gaan met het oordeel van de eerste arbeidsdeskundige. Klaagster is in aanhoudende onzekerheid over haar

2007/066 Med

financiële toekomst en die van haar gezin. Zij heeft haar woning moeten verkopen. Indien haar claim volgens de polisvoorwaarden was afgehandeld, had al in 2004 een uitspraak gedaan kunnen worden over haar aanspraak op uitkering. Verzekeraar had zich het recht op herbeoordeling tegen het einde van de eigen risicotermijn kunnen voorbehouden. Klaagster meent dan ook recht te hebben op vergoeding van haar buitengerechtelijke kosten.

Een door haar tegen verzekeraar aangespannen kort geding, waarin zij genoodzaakt is de kwestie gedetailleerd aan de rechter te beschrijven, staat volgens klaagster aan een beoordeling door de Raad niet in de weg. Zij verzoekt de Raad alle aspecten van haar klacht te behandelen, met uitzondering van de te vorderen buitengerechtelijke kosten. Het doel van het kort geding is een voorlopige voorziening en het afdwingen van een claimbeoordeling op korte termijn. De rechter zal zich niet uitspreken over de wijze waarop de claim is behandeld en dus niet de klacht beoordelen.

Evenmin staat volgens klaagster aan beoordeling door de Raad in de weg het feit dat klaagster een klacht bij de Raad van Toezicht van Stichting Register Arbeidsdeskundigen heeft ingediend tegen de eerste arbeidsdeskundige. De vraagstelling van verzekeraar aan deze arbeidsdeskundige, onder meer omtrent het verzekerde beroep, was uiterst suggestief. De medisch adviseur van verzekeraar meende voorts reeds voorafgaand aan het arbeidsdeskundig onderzoek zelfstandig tot een arbeidsdeskundig oordeel te komen en dit in niet mis te verstane bewoordingen aan de arbeidsdeskundige over te brengen. Deze is niet onbevooroordeeld aan zijn onderzoek begonnen en heeft vastgesteld dat klaagster in staat moet worden geacht haar beroepswerkzaamheden voor meer dan 60% uit te voeren. Tot slot blijkt uit de aan de hem toegezonden bijlagen (in gesloten envelop onder Medisch geheim) dat de beide rapporten van de keuringsarts én een brief van de behandelend orthopedisch chirurg, zonder de toestemming van klaagster, hem ter hand zijn gesteld. Klaagster vindt dit een grove inbreuk op haar privacy.

Het standpunt van verzekeraar

De Raad zou de klacht op grond van artikel 5 sub c van zijn Reglement niet in behandeling moeten nemen omdat klaagster een kort geding heeft aangespannen. Klaagster erkent dat de wijze van claimbehandeling nauw samenhangt met de vorderingen in kort geding. Een splitsing is dus niet goed mogelijk. Het verzoek van klaagster om de volledige klacht, met uitzondering van de buitengerechtelijke kosten, in behandeling te nemen verdraagt zich niet met artikel 5 sub c.

Uiteraard is verzekeraar graag bereid om verantwoording af te leggen over zijn handelen, maar bij voorkeur niet ten overstaan van meerdere instanties. Dit brengt namelijk niet alleen dubbel werk en kosten mee, maar ook het risico van verschillende beslissingen. Dit zou in strijd zijn met de gedachte achter artikel 5 sub c.

Uit oogpunt van efficiency verzoekt verzekeraar de Raad zich eerst uit te laten over de ontvankelijkheid van de klacht. Indien de Raad besluit de klacht te behandelen, dan is verzekeraar bereid verweer te voeren, hetgeen overigens gezien de omvang van dit dossier enige tijd zal vragen.

2007/066 Med

Het commentaar van klaagster

Klaagster heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, haar klacht gehandhaafd. Verzekeraar heeft ook de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad doordat:

- zijn medisch adviseur onafhankelijke deskundigen heeft getracht te beïnvloeden en onder druk heeft gezet.
- hij zonder haar medeweten en toestemming een persoonlijk onderzoek heeft gestart. Bij dit onderzoek is informatie bij derden opgevraagd waaronder medisch personeel van de klinieken in Zuid-Afrika waar klaagster is behandeld. Dit is in strijd met de Gedragscode persoonlijk onderzoek. Verzekeraar heeft dit onderzoek niet willen staken.
- hij op 28 november 2006 opnieuw de eerste arbeidsdeskundige heeft ingeschakeld, hoewel verzekeraar bekend is met de klacht die klaagster tegen deze deskundige bij de Raad van Toezicht van Stichting Register Arbeidsdeskundigen heeft ingediend.
- de eigen risico termijn waarbinnen hij de claim van klaagster had moeten afwikkelen inmiddels bijna vijf maanden is overschreden. Een in onderling overleg benoemde onafhankelijke arbeidsdeskundige heeft de arbeidsongeschiktheid van klaagster gesteld op 71%, dus ruim boven de voor claimerkenning vereiste 40%. Verzekeraar heeft echter een nieuw arbeidsdeskundig onderzoek aangekondigd. Hij wil dus na 41 maanden de gehele beoordelingsprocedure opnieuw starten. Hij schuift dus telkens op oneigenlijke gronden de claimbeoordeling voor zich uit. Dit is geen voortvarende claimafhandeling.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Klaagster heeft nog overgelegd het vonnis in kort geding van 18 januari 2007, waarbij haar vorderingen op verzekeraar gedeeltelijk zijn toegewezen.

Verzekeraar heeft vervolgens nog overgelegd de processtukken betreffende het door hem ingestelde hoger beroep van het vonnis in kort geding. Uit deze stukken blijkt dat klaagster incidenteel appel heeft ingesteld tegen het vonnis in kort geding.

Het oordeel van de Raad

1. In artikel 5 onder c. van het Reglement Raad van Toezicht Verzekeringen is bepaald: 'De Raad behandelt geen klachten die betrekking hebben op een bij de rechter of bij een andere, ter beslechting van geschillen in de verzekeringsovereenkomst of bemiddelingsovereenkomst aangewezen instantie aanhangige klacht of geschil dan wel wanneer de rechter of een hiervoor bedoelde instantie reeds over de klacht heeft geoordeeld.'
2. De strekking van deze bepaling is te voorkomen dat de tuchtprocedure bij de Raad zou kunnen worden gebruikt om de weg die partijen ter beslechting van hun geschillen zijn opgegaan, te doorkruisen, te beïnvloeden of van zijn kracht te ontdoen. Dit is het geval bij de onderhavige klacht, die betrekking heeft op bijzonderheden betreffende de wijze van vaststelling van de gevolgen van het evenement voor klaagster en mitsdien van belang is voor de vaststelling van de omvang van de schade van klaagster, welk een en ander aan de rechter ter beoordeling is voorgelegd.
3. Ter zake van haar klacht zal klaagster derhalve niet-ontvankelijk worden verklaard.

2007/066 Med

De beslissing

De Raad verklaart klaagster niet-ontvankelijk ter zake van haar klacht.

Aldus is beslist op 3 september 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)