

# RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2000/84 Mo

in de klacht nr. 130.99

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, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar en diens medisch adviseur in een zitting van de Raad te horen.

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

## Inleiding

Klager is krachtens een collectieve ongevallenverzekering bij verzekeraar verzekerd.

In artikel 8 lid 2 aanhef en onder 2.2 van de op de verzekering toepasselijke polisvoorwaarden is bepaald: "De verzekerde is verplicht (.....) de door de maatschappij verlangde medewerking te verlenen zoals het zich laten onderzoeken door een door de maatschappij aangewezen arts (de hier aan verbonden kosten zijn voor rekening van de maatschappij)".

In artikel 8.3 aanhef en sub 1 van deze voorwaarden is bepaald: "De verzekerde en/of rechtverkrijgende(n) is/zijn verplicht (.....) de maatschappij zo volledig mogelijk over het ongeval in te lichten en voorts alle medewerking te verlenen aan het verkrijgen van door de maatschappij gewenste inlichtingen".

Op 3 juni 1997 is de auto waarin klager zat, van achteren aangereden door een andere auto, waarna klager ter zake van de letselgevolgen van dit ongeval een beroep op de onderhavige verzekering heeft gedaan. Klager laat zich daarbij bijstaan door een letselschaderegelingsbureau.

## De klacht

1. Op diverse punten is tijdens de behandeling van klagers claim een verschil van inzicht met verzekeraar ontstaan met betrekking tot hetgeen een verzekeringsmaatschappij in redelijkheid van een verzekerde mag vergen. Verzekeraar heeft blijk gegeven van een grove miskennis van de privacy van klager.

De behandeling van de schade leek aanvankelijk zonder problemen plaats te kunnen vinden. Namens klager werd een veelheid aan medische informatie verstrekt.

Verzekeraar stond er op bij de huisarts aanvullende medische informatie op te vragen met betrekking tot de voor het ongeval aanwezige medische situatie.

Hiertegen bestond geen bezwaar en verzekeraar werd verzocht een daar toe

2000/84 Mo

streckende machtiging en vraagstelling op te stellen. De vraagstelling was uitgebreid en terzake. Met één uitzondering: in de vraagstelling werd de huisarts verzocht de patiëntenkaart toe te zenden.

Klager heeft verzekeraar voorgehouden dat een dergelijk verzoek zo breed was dat de huisarts aan dit verzoek niet kan voldoen zonder de voor hem geldende gedragsregels te schenden. In de richtlijnen van de KNMG staat vermeld: "De arts die bepaalde vragen stelt doet dit op basis van verkregen informatie die in de vraagstelling tot uiting komt; verzoek beperkt zich tot relevante gegevens van feitelijke aard." Het verzoek tot toezending van de volledige patiëntenkaart beperkt zich duidelijk niet tot deze "relevante gegevens van feitelijke aard" en is daarom in strijd met het medisch tuchtrecht en daarmee in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

2. Bij de onder 1 gemelde vraagstelling zond verzekeraar een machtiging, die zo breed was dat iedere willekeurige Nederlandse arts gemachtigd zou zijn medische gegevens met betrekking tot klager te verstrekken. Tevens zou de medisch adviseur van verzekeraar na ondertekening van deze machtiging gemachtigd zijn de medische gegevens aan de schadebehandelaar ter inzage te geven. Namens klager werd betoogd dat deze machtiging in strijd is met de richtlijnen van de KNMG. Daarop meldde verzekeraar dat het door klager ingeschakelde bureau dan maar een toereikende machtiging moest opstellen. Zelf zag verzekeraar daartoe kennelijk geen aanleiding. Volgens klager handelt een verzekeraar in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf indien een machtiging ter ondertekening wordt voorgelegd waarbij:
  - A. geen sprake is van gerichte toestemming;
  - B. de medisch adviseur gemachtigd wordt de schaderegelaar inzage te geven in medische stukken.
3. Gedurende de schadebehandeling is door verzekeraar betoogd dat hij op grond van de polisvoorwaarden het recht heeft zijn verzekerde, klager, op straffe van verval van het recht op uitkering te verplichten een medisch onderzoek te ondergaan bij een door verzekeraar aangewezen arts, in dit geval een arts in wie klager gemotiveerd heeft aangegeven geen enkel vertrouwen te hebben. In de polisvoorwaarden is inderdaad bepaald dat verzekeraar de arts aanwijst. Desalniettemin is klager van mening dat het in strijd is met de goede naam van het verzekeringsbedrijf om hem te dwingen een ingrijpend onderzoek te ondergaan bij een arts in wiens expertise hij geen enkel vertrouwen heeft. Er zijn in Nederland zeker enige tientallen artsen waarmee klager wel kan instemmen. Verzekeraar handelt in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf door te weigeren terzake met klager in overleg te treden.
4. Met betrekking tot de boven onder 1, 2 en 3 vermelde zaken is met verzekeraar uitgebreid van gedachten gewisseld. Deze heeft, tegen de wens van klager in, de discussie beslecht door een expertiseopdracht te verstrekken aan de onder 3 bedoelde door klager niet gewenste arts. Daarbij heeft verzekeraar tevens afschriften van de correspondentie verstrekt aan de arts, ondanks klagers voorafgaande mededeling dat van het toezenden van (delen van) de correspondentie geen sprake kon zijn. Verzekeraar schijnt te menen dat hij gerechtigd is, tegen de uitdrukkelijke wens van klager in, aan derden willekeurige, niet nader gedefinieerde, stukken toe te zenden uit zijn dossier. Klager kan zich niet voorstellen dat een dergelijk handelen zich verdraagt met de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

2000/84 Mo

5. Aan verzekeraar was verzocht om voorafgaand aan de expertise een concept-vraagstelling aan klager toe te zenden, mede omdat verzekeraar in een eerder stadium een concept-vraagstelling heeft toegezonden die niet correct was daar in deze vraagstelling geen rekening werd gehouden met de polisvoorwaarden. Verzekeraar heeft dit geweigerd. Klager dient zich nu een onderzoek te doen welgevallen, bij een arts in wie hij geen vertrouwen heeft, waarbij hij niet weet welke vragen zijn gesteld, waarbij hij niet weet welke medische stukken zijn toegezonden en waarbij hij niet weet welke overige stukken uit het dossier zijn toegezonden. Verzekeraar meende aldus te moeten handelen onder meer omdat uit de voorafgaande correspondentie was gebleken dat het "geenszins uitgesloten is dat over die vraagstelling ook een langdurige discussie zou kunnen ontstaan". Zoals boven onder 1 t/m 4 betoogd is deze discussie minimaal ten dele aan verzekeraar te wijten. Verzekeraar handelt ook hier in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf door niet voorafgaand aan de expertise minimaal te trachten overeenstemming te bereiken over de vraagstelling.

#### Het standpunt van verzekeraar

Op grond van het feit, dat klager op 3 juni 1997 bij een verkeersongeval betrokken was en stelt als gevolg van dat ongeval een reeks van klachten te hebben, heeft verzekeraar de kwestie op grond van de onderhavige ongevallenverzekering in behandeling genomen. Van meet af aan werden de belangen van klager terzake door een letselschaderegelingsbureau behartigd. Het bureau behartigt tevens de belangen van klager ten opzichte van de verzekeraar van de aansprakelijke partij.

Aanvankelijk leverde de behandeling van deze kwestie geen probleem op. Zonder enig voorbehoud legde het bureau zowel medische informatie uit de behandelende sector als een door klager ondertekende medische machtiging over. Op basis van de onder meer uit die verkregen medische informatie gebleken pre-existente factoren en andere omstandigheden verzocht verzekeraar in overleg met zijn medisch adviseur om nadere medische informatie en stelde hij de noodzaak van een door een neuroloog uit te voeren expertise aan de orde. Te meer daar het bureau doende was met de aansprakelijke verzekeraar overeenstemming te bereiken over het opstarten van een neurologische expertise. Op dat moment ontstonden de problemen.

De verzekerde die een beroep op de onderhavige verzekeringsovereenkomst doet kan niet alleen rechten aan die overeenkomst ontleen maar is tevens verplicht om aan door verzekeraar gewenst onderzoek, onder meer in het kader van controle en verificatie, zijn medewerking te verlenen. Specifiek bepalen de verzekeringsvoorwaarden dat de verzekerde verplicht is zich te laten onderzoeken door een door verzekeraar aan te wijzen arts (art. 8.2.2) en alle medewerking te verlenen aan het verkrijgen van de door verzekeraar gewenste inlichtingen (art. 8.3.1).

#### Ad Klachtonderdeel 1 (verzoek om toezending van de patiëntenkaart)

Klager stelt dat de huisarts aan het verzoek om toezending van de patiëntenkaart niet kan voldoen zonder de voor hem geldende gedragsregels te schenden. Als toelichting betoogt klager "dat in de richtlijnen van de KNMG staat vermeld dat de arts die bepaalde vragen stelt dit doet op basis van verkregen informatie die in de vraagstelling tot uiting komt; verzoek beperkt zich tot relevante gegevens van feitelijke aard".

2000/84 Mo

Allereerst laat die toelichting zich in het kader van het gestelde niet (goed) begrijpen. Immers, de stelling dat de huisarts de voor hem geldende gedragsregels zou schenden, laat zich niet verklaren door richtlijnen voor degene die de huisarts om informatie vraagt.

In wezen gaat de klacht over een situatie die zich in feite (nog) niet heeft voorgedaan, waarin niet het handelen van verzekeraar of zijn medisch adviseur aan de orde is, maar het eventuele handelen van de huisarts van klager, terwijl klager de vrijheid heeft om de huisarts te verbieden bepaalde informatie te verstrekken.

Beschouwen wij bovengenoemd citaat uit die richtlijnen op de keper, dan zou het verzoek aan de huisarts zich dienen te beperken tot relevante gegevens van feitelijke aard. Duidelijk is dat voor de beoordeling van welke medische gegevens relevant zijn in beginsel inzage in de volledige medische gegevens moet bestaan. Immers, alleen op die wijze kan objectief ook door de medisch adviseur van verzekeraar worden vastgesteld wat relevant is en wat niet.

Het behoeft geen betoog dat van bepaalde medische informatie direct duidelijk is dat deze niets uitstaande heeft dan wel kan hebben met betrekking tot het onderwerp waarvoor deze wordt gevraagd; ook is het duidelijk dat de medisch adviseur van verzekeraar die informatie niet per se wenst in te zien, ondanks dat hij aldus niet zelf de relevantie van die informatie kan beoordelen. Verzekeraar tekent daarbij wel aan dat de feitelijke informatie van de huisarts moet worden gezien in het licht van zijn relatie met zijn patiënt.

Specifiek is in casu aan de orde een door klager gepresenteerde reeks van klachten - onder meer pijn in nek, schouders en armen, oorsuizen, hoofdpijn en concentratiestoornissen - terwijl uit de beschikbare medische informatie blijkt dat klager ook last had van tintelingen in beide armen, het niet boven schouderhoogte kunnen heffen van beide armen, duizeligheid, evenwichtsproblemen bij snel bewegen, slecht slapen, vergeetachtigheid, het zien van vuurballen bij het opstaan 's morgens, tinteling vanuit de heupregio naar beide benen, stijve en pijnlijke benen, alsook moeilijke mictie en uitplassen. Daarnaast komt uit de beschikbare medische informatie naar voren dat klager al voor het ongeval bekend was met gewrichtsontsteking, overspannenheid in 1992 (of 1993), overbelasting in 1992, opvallende arthrose in het bovenste gedeelte van de wervelkolom, terwijl zijn echtgenote in verband met rugklachten en overspannenheid is ontslagen uit haar functie en onder dagbehandeling is van de afdeling psychiatrie van een Academisch Ziekenhuis.

In de behandelende sector is als diagnose voor de klachten een postwhiplash- syndroom gesteld, zonder dat er op neurologisch gebied objectiveerbare afwijkingen zijn geconstateerd. Duidelijk is evenwel dat gelet op de aard en de omvang van de klachten, de tot dusverre bekende medische voorgeschiedenis en de gezinssituatie van klager, één of meer andere oorzaken dan het ongeval (ook) verklarend zou(den) kunnen zijn voor die klachten.

Daarnaast is het zo dat voor het stellen van de diagnose 'postwhiplash-syndroom' volgens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie aan een aantal criteria moet worden voldaan. Onder andere moeten de pijnklachten voor het ongeval niet of in veel mindere mate hebben bestaan. Juist vanwege de lange reeks van klachten, het subjectieve karakter van de klachten en het gegeven dat bijvoorbeeld de hoofdpijnklachten, maar evenzo de andere klachten ook

2000/84 Mo

zonder dat er een verkeersongeval in het spel is voor kunnen komen, is controle en verificatie van de medische voorgeschiedenis van wezenlijk belang.

Indien in geval van een neurologische expertise neuropsychologisch hulponderzoek geïndiceerd zou zijn, dient de desbetreffende neuropsycholoog conform de voor hem bestemde standaardvraagstelling de vraag te beantwoorden of er wellicht andere oorzaken dan die bepaalde gebeurtenis of aandoening zijn, die de verklaring kunnen vormen voor de aangetoonde stoornissen. Ook in dat geval zal dus een gedegen onderzoek naar de medische voorgeschiedenis dienen plaats te vinden, teneinde die vraag te kunnen beantwoorden.

Er bestaat dus voldoende aanleiding om bij de huisarts van klager nadere informatie inzake de medische voorgeschiedenis van klager op te vragen. Die informatie kan mede gelet op de veelheid van subjectieve klachten het best verstrekt worden in de vorm van de patiëntenkaart. Er bestaat geen enkel bezwaar voor de huisarts - mits daartoe gemachtigd door klager - afschrift van de patiëntenkaart aan de medisch adviseur van verzekeraar te verstrekken.

Louter om klager tegemoet te komen heeft verzekeraar zich bereid verklaard zelf van het opvragen van nadere medische informatie af te zien en de beoordeling van de noodzaak voor het opvragen daarvan over te laten aan de deskundige medicus die in opdracht van verzekeraar op basis van artikel 8.2.2. van de verzekeringsvoorwaarden onderzoek dient te verrichten naar de geneeskundig vast te stellen ongevalsgevolgen en de eventueel daaruit voortvloeiende blijvende invaliditeit. Die tegemoetkoming bleek voor klager niet aanvaardbaar.

#### Ad Klachtonderdeel 2 (medische machtiging)

##### A (Geen gerichte toestemming)

Vanwege het feit dat het bureau bij brief van 5 januari 1999 om toezending van een door klager te ondertekenen medische machtiging verzocht en dat tot dat moment alle medische informatie door het bureau werd aangeleverd, heeft verzekeraar aan dat verzoek tot toezending van een medische machtiging voldaan. Daarbij werd over het hoofd gezien dat zich in het dossier al een door klager ondertekende medische machtiging bevond.

Het bureau heeft de hem reeds bij brief van 28 november 1997 gezonden medische machtiging zonder enig voorbehoud, zonder enige op- of aanmerking en zonder enig bezwaar ondertekend door klager geretourneerd, terwijl het bureau tegen de identieke, overigens nimmer ondertekend geretourneerde, bij brief van 29 januari 1999 gezonden machtiging zegt volop bezwaren te hebben.

Verder doet klager het voorkomen alsof uit de door verzekeraar opgestelde machtiging zou blijken dat iedere willekeurige Nederlandse arts gemachtigd zou zijn medische gegevens met betrekking tot klager te verstrekken. Nog afgezien van het feit dat partijen in onderling overleg kunnen uitmaken tot wie en tot welke informatie de machtiging zich dient uit te strekken danwel te beperken, is de stelling van klager onjuist. Uit de machtiging blijkt kort gezegd dat klager alle behandelende/behandeld hebbende artsen machtigt alle beschikbare medische informatie in verband met het ongeval op 3 juni 1997 te verstrekken aan de medisch adviseur van verzekeraar. Er is dus geen sprake van een machtiging aan iedere willekeurige arts, maar specifiek aan de behandelende/behandeld hebbende artsen, en evenmin van informatie die geen betrekking zou hebben op het ongeval in kwestie.

In een poging dit geschil te beslechten heeft verzekeraar de suggestie gedaan dat het bureau zelf een toereikende machtiging opstelt. Te meer daar klager machtigt en het dus voor de hand ligt dat klager, die zich heeft voorzien van deskundige bijstand, aldus zelf de inhoud van de machtiging bepaalt. Ook die suggestie is door het bureau verworpen.

B (De medisch adviseur wordt gemachtigd de schaderegelaar inzage te geven in de medische stukken)

Ook hier geldt dat partijen zelf de omvang van de machtiging kunnen bepalen. Daar klager al eerder zonder enig bezwaar een machtiging verstrekke aan de medisch adviseur van verzekeraar om de schadebehandelaar inzage te geven in de medische gegevens, uitsluitend echter voor zover dat voor de schadebehandeling van belang is, laat de desbetreffende klacht zich niet begrijpen.

Overigens is voor een goede afwikkeling van de kwestie noodzakelijk dat de behandelaar voor en namens verzekeraar - net zo goed als dat voor de deskundige behandelaar bij het bureau geldt - kennis heeft van de noodzakelijke medische informatie. De behandelaar van verzekeraar moet in staat zijn inhoudelijk over de medische aangelegenheden, die nu eenmaal een belangrijke rol spelen bij letselschaden, met de deskundige behandelaar van de wederpartij van gedachten te wisselen.

Bovendien is in de letselschadepraktijk algemeen aanvaard dat de letselschadebehandelaar van de verzekeraar samen met de medisch adviseur van diezelfde verzekeraar onderdeel uitmaakt van een functionele eenheid, waarbinnen de medisch adviseur de behandelaar inzage geeft in de voor de schadebehandeling van belang zijnde medische informatie.

2000/84 Mo

Ad klachtonderdeel 3 (keuze van de expertiserend arts)

Klager merkt volkomen juist op dat verzekeraar op grond van de toepasselijke polisvoorwaarden het recht heeft klager door een door verzekeraar aan te wijzen arts te laten onderzoeken. Ten aanzien van enig overleg inzake de keuze van en bijvoorbeeld de vraagstelling aan de arts is in de polis niets bepaald. Het staat verzekeraar derhalve vrij om een terzake deskundige arts uit te kiezen en daaraan vast te houden.

Zelfs indien klager op voorhand meent bezwaar te moeten aantekenen tegen de keuze van de arts ligt het voor de hand dat klager eerst het resultaat van dat onderzoek afwacht en op geleide van dat resultaat beslist al dan niet een contra-expertise te laten verrichten.

De door het bureau aangevoerde argumenten hebben verzekeraar er niet van kunnen overtuigen van de keuze van de arts af te zien. Desalniettemin heeft verzekeraar bij brief van 26 februari 1999 - teneinde klager ook op dit punt tegemoet te komen - voorgesteld het onderzoek door een met name genoemde andere arts te laten verrichten. Dit voorstel werd echter verworpen en is daarmee komen te vervallen.

Ad klachtonderdeel 4 (Verzekeraar zond afschriften van de correspondentie tussen verzekeraar en het bureau aan de expertiserend arts)

Duidelijk is dat klager en verzekeraar een onoverbrugbaar verschil van inzicht hadden en hebben ten aanzien van het al dan niet opvragen van aanvullende medische informatie en de deskundigheid van de arts om in casu een expertise te verrichten. In dat licht bezien getuigt het juist van zorgvuldigheid de problemen, die klager meent te hebben met de arts en het opvragen van aanvullende medische informatie, door middel van overlegging van de correspondentie tussen verzekeraar en het bureau aan de arts kenbaar te maken, zodat deze daarmee rekening kan houden.

Overigens treedt de arts hier enkel in opdracht van (de medisch adviseur van) verzekeraar op en staat het verzekeraar vrij deze arts te voorzien van die informatie die verzekeraar voor de expertise van belang acht. Sterker nog, in feite treedt de arts in dit geval op als een externe medisch adviseur van verzekeraar. Verzekeraar heeft het bureau - zonder daartoe op enigerlei wijze gehouden te zijn - voorafgaande aan het verzoek tot expertise op de hoogte gesteld van het feit dat de correspondentie aan de arts zou worden toegezonden.

Het is juist dat het bureau voorafgaande aan het expertiseverzoek bezwaar heeft gemaakt tegen het toezenden van de correspondentie. Dat bezwaar werd echter niet gemotiveerd. Alleen om die reden al en mede in het licht van de noodzaak om de expertise niet nog langer door het zoveelste verschil van inzicht op te houden (conform de verzekeringsvoorwaarden dient de mate van blijvende invaliditeit uiterlijk 2 jaar na het ongeval te worden vastgesteld), heeft (de medisch adviseur van) verzekeraar dit bezwaar naast zich neergelegd.

Het blijft gissen naar klagers motieven. Indien en voor zover klager beoogt dat schenden van privacy aan het 'bezwaar' ten grondslag zou liggen, dan betwist verzekeraar dat daarvan sprake zou zijn. Immers, het gaat hier om een zakelijk verschil van inzicht, waarvan het partijen vrijstaat derden daarvan kennis te laten nemen, zeker degenen die in opdracht van een der partijen nader onderzoek dienen te verrichten.

2000/84 Mo

Ad klachtonderdeel 5 (het trachten te bereiken van overeenstemming over de vraagstelling aan de expertiserend arts)

Op dit klachtonderdeel is het verweer van verzekeraar nagenoeg identiek aan het verweer ten aanzien van de klacht met betrekking tot de keuze van de expertiserend arts. Ook hier geldt dat verzekeraar mede in het kader van de uiterlijk binnen 2 jaar na het ongeval vast te stellen mate van blijvende invaliditeit en de moeizame discussie met het bureau geen behoefte (meer) had aan nader overleg over de vraagstelling. Bovendien heeft verzekeraar op grond van de polisvoorwaarden dienaangaande geen enkele verplichting ten opzichte van klager en maakt het bureau in zijn brief van 10 juni 1999 (waarin wordt bevestigd dat klager aan het onderzoek door de arts zijn medewerking zal verlenen) er weliswaar melding van het een goede zaak te vinden dat er voorafgaand aan de expertise een conceptvraagstelling aan hem (en dus niet aan de medisch adviseur van het bureau) wordt toegezonden, maar verzoekt, laat staan eist, dat niet. Overigens heeft verzekeraar zich bereid verklaard te zijner tijd zowel het rapport van als de vraagstelling aan de arts aan het bureau te doen toekomen.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd en de onderdelen daarvan nog nader toegelicht. Klager merkt in het algemeen nog op dat uit het verweer blijkt dat verzekeraar op geen enkele wijze duidelijk maakt begrip te hebben voor klagers privacy.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar en zijn medisch adviseur besproken.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een brief van 25 mei 2000 heeft verzekeraar zijn standpunt nader toegelicht.

In de brief heeft verzekeraar aangevoerd dat deze kwestie wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst waaraan beide partijen rechten en plichten (kunnen) ontlenen. Klager kan aan de overeenkomsten onder meer een recht op uitkering ontlenen, terwijl verzekeraar in dat kader het recht heeft nader onderzoek te laten verrichten - onder meer door een door hem aan te wijzen arts - waaraan klager op zijn beurt verplicht is zijn medewerking te verlenen.

Verder is van belang dat ten aanzien van de vraag of er een recht op uitkering bestaat - in dit geval uit hoofde van mogelijke blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval -, beoordeeld moet worden of en zo ja in welke mate de gezondheidssituatie van klager door het ongeval is gewijzigd. Zulks brengt met zich mee dat over de gezondheidssituatie van klager van voor en na het ongeval duidelijkheid dient te bestaan. Van het feit, dat een en ander gepaard gaat met privacygevoelige informatie, is verzekeraar zich bewust, maar dat is nu eenmaal inherent aan de toepassing van de verzekeringsovereenkomst waarop klager een beroep heeft gedaan.

Ad klachtonderdeel 1 (verzoek om toezending van de patiëntenkaart)

Verzekeraars medisch adviseur heeft niet uitdrukkelijk om toezending van de patiëntenkaart willen vragen maar heeft zijn *voorkeur* daarnaar willen uitspreken. Toen klager daartegen bezwaar had, heeft verzekeraar vervolgens aangeboden om de deskundige de patiëntenkaart te laten opvragen. Uiteindelijk is aan de deskundige gevraagd om zonedig die aanvullende medische informatie op te



2000/84 Mo

vragen die deze in het kader van zijn onderzoek noodzakelijk acht. Verzekeraar meent aldus in belangrijke mate aan de wensen van klager tegemoet te zijn gekomen. Overigens strookt het overleggen van patiëntenkaarten, daar waar aanspraak wordt gemaakt op (schade)vergoeding uit hoofde van een ongeval waarbij letsel is ontstaan, met zich ontwikkelende jurisprudentie op dat vlak. Verzekeraar legt ten bewijze daarvan enkele rechterlijke uitspraken over.

#### Ad klachtonderdeel 2 (medische machtiging)

Verzekeraar benadrukt dat er in het onderhavige geval wel degelijk sprake is van een specifieke (behandelende/behandeld hebbende artsen en medisch adviseurs van betrokken verzekeringsmaatschappijen) en gerichte (in verband met het ongeval op 3 juni 1997) machtiging en anderzijds dat de medisch adviseur slechts aan de schadebehandelaars in die medische gegevens inzage geeft, uitsluitend voor zover dat voor de schadebehandeling van belang is. Dat is noch in strijd met Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf, waarin bij de toelichting op art. 5.1.3 staat dat de geneeskundig adviseur de door hem verzamelde gegevens mag verstrekken aan personen die tot de zogenaamde functionele eenheid kunnen worden gerekend, noch in strijd met de richtlijnen van de KNMG, waarin staat dat de geneeskundig adviseur die medische gegevens aan de functionele eenheid beschikbaar zal stellen die nodig zijn voor de beoordeling van de aanspraken op de verzekering.

#### Ad klachtonderdeel 3 (keuze van de expertiserend arts)

Overleg inzake de keuze van de expertiserend arts is op zich een goede zaak. Feit blijft echter dat verzekeraar op basis van de verzekeringsovereenkomst eenzijdig het recht heeft om in het kader van onderzoek naar zijn verplichtingen uit hoofde van diezelfde verzekeringsovereenkomst een arts aan te wijzen.

Het staat klager vrij om op ieder gewenst moment zelf een soortgelijk onderzoek te laten verrichten. Bovendien is in geval van een geschil betreffende de oorzaak, aard, omvang en gevolgen van het lichamelijk letsel een beroep op de geschillenregeling mogelijk. In casu staan de aard, omvang en gevolgen nog niet eens vast, maar zijn juist onderwerp van het onderzoek in kwestie.

De door verzekeraar gekozen arts maakt deel uit van de Commissie Invaliditeit van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, hetgeen impliceert dat hij onder zijn beroepsgenoten dus zeer gewaardeerd en gerespecteerd is en dat hij het postwhiplashsyndroom wel degelijk als een realiteit beschouwt, nu de NVN daarvoor juist richtlijnen heeft opgesteld.

Eenzijds omdat de eventuele mate van blijvende invaliditeit uiterlijk twee jaar na het ongeval moest worden vastgesteld en anderzijds omdat verzekeraar niet de verwachting koesterde dat partijen overeenstemming zouden kunnen bereiken over de keuze van een ook voor hem aanvaardbare deskundige, heeft hij uiteindelijk aan de keuze van de arts vastgehouden. Verzekeraar meent dat de regeling van artikel 6:231 e.v. B.W. en met name ook 6:236 lid d B.W. hier niet van toepassing is.

#### Ad klachtonderdeel 4 (het toezenden van correspondentie aan de expertiserend arts)

Conform artikel 4.1.2 lid j van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf kunnen persoonsgegevens zonder toestemming van de betrokkene worden verstrekt aan personen buiten de verzekeringsinstelling die bij

2000/84 Mo

de beoordeling van onder meer een recht op uitkering door de verzekeringsinstelling worden ingeschakeld. De expertiserend arts werd daartoe juist door verzekeraar ingeschakeld.

Ad klachtonderdeel 5 (het voorafgaand aan de expertise bereiken van overeenstemming over de vraagstelling)

Net als de keuze van de deskundige is de vraagstelling aan de deskundige in beginsel een zaak van verzekeraar. Immers, de betreffende verzekeringsvoorwaarde, waarin het onderzoek door een door hem aan te wijzen arts contractueel is geregeld, laat hem de vrijheid die vragen te stellen die hij ter bepaling van zijn verplichtingen terzake noodzakelijk acht. Overigens wist klager, gelet op de uitvoerige correspondentie die aan de geplande keuring vooraf ging, de bedoeling van de expertise, terwijl op de arts voorafgaande aan het onderzoek de plicht rustte om zijn positie als keurend arts uiteen te zetten, na te gaan of klager adequaat is geïnformeerd en klager alle relevante informatie met betrekking tot de keuring te verstrekken. Mede ter voorkoming van een eindeloze discussie over de vraagstelling heeft verzekeraar die vraagstelling niet direct aan klager toegezonden, maar wel direct aangegeven zowel vraagstelling aan als rapport van de arts tegelijk aan klager te zullen doen toekomen. Verzekeraar erkent dat het nog zorgvuldiger zou zijn geweest als de vraagstelling ook per gelijke post aan klager zou zijn verzonden, doch merkt daarbij op dat de weigering van klager om aan het onderzoek mee te werken daardoor niet zou zijn opgeheven.

In reactie daarop bij brief van 14 juni 2000 heeft klager zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

Klachtonderdeel 1 (verzoek om toezending van de patiëntenkaart)

1.1 Bij de beoordeling van dit onderdeel van de klacht moet het volgende tot uitgangspunt worden genomen.

- (a) Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde brengt mee dat in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen bedingen zoals hiervoor onder "Inleiding" zijn vermeld, niet rechtvaardigen dat de medisch adviseur van verzekeraar bij het vergaren van medische gegevens, kan verlangen dat hem medische gegevens worden verschaft die niet van belang zijn voor de beoordeling of, kort gezegd, de na het ongeval bestaande klachten al dan niet het gevolg zijn van bij klager reeds vóór het ongeval bestaande ziekten of aandoeningen.
- (b) De behandelende arts zal, ingevolge de gedragsregels en richtlijnen voor artsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, in verband met zijn verplichting om geheim te houden hetgeen de verzekerde hem heeft toevertrouwd, aan de arts die door verzekeraar is belast met onderzoek van de verzekerde of aan de geneeskundig adviseur van verzekeraar, niet meer inlichtingen mogen verstrekken dan noodzakelijk is en alleen met gerichte toestemming van de verzekerde.
- (c) Uit hetgeen is vermeld onder 7, van de Beroepscode voor geneeskundige adviseurs bij particuliere verzekeringsmaatschappijen (verder: art. 7) komt naar voren dat de keurende arts uitsluitend met gerichte toestemming van de betrokkene aanvullende informatie zal vragen aan de arts(en) die de verzekerde behandelen en/of hebben behandeld. Daarbij zal het, volgens de zo-even genoemde bepaling, aan de

betrokkene duidelijk moeten zijn welke gegevens het betreft en met welk doel deze worden gevraagd.

1.2 Dat de geneeskundig adviseur aanvullende informatie zal vragen, houdt in dat hij indien hij na eigen of, op zijn verzoek, door een andere arts verricht onderzoek nog nadere gegevens behoeft, hij deze gegevens zal kunnen opvragen bij de arts of artsen die de betrokkene heeft of hebben behandeld.

Een patiëntenkaart zal in het algemeen, naast de verlangde aanvullende informatie ook gegevens bevatten die voor de beoordeling door de geneeskundig adviseur niet van belang zijn. Naar uit hetgeen hiervoor onder (a) en (b) is overwogen volgt dat de geneeskundig adviseur niet met grond kan verlangen dat hem ook de laatst bedoelde gegevens worden verstrekt. De geneeskundig adviseur zal dan ook in beginsel genoeg moeten nemen met antwoorden op gerichte vragen die hij, met toestemming van de verzekerde, aan de behandelende arts of artsen heeft gesteld.

Niet uitgesloten is dat na een ongeval sprake is van een samenstel van klachten of aandoeningen, en de geneeskundig adviseur meent dat niet eraan valt te ontkomen dat hij, om zich een volledig beeld te vormen van de lichamelijke toestand van de verzekerde vóór het ongeval, inzage krijgt van de gehele patiëntenkaart. Indien de geneeskundig adviseur meent dat hij, in het kader van het vragen van aanvullende informatie, inzage dient te krijgen van de volledige patiëntenkaart, zal hij, naar volgt uit art. 7, aan de verzekerde moeten mededelen waarom niet met het stellen van gerichte vragen kan worden volstaan en met welk doel de patiëntenkaart zal worden opgevraagd.

1.3 In het onderhavige geval verlangt verzekeraar dat klager machtiging verleent dat de op hem betrekking hebbende, door zijn huisarts aangelegde, patiëntenkaart aan de geneeskundig adviseur van verzekeraar ter inzage wordt verstrekt, terwijl niet is gesteld of gebleken: (i) dat het hier gaat om aanvullende informatie, in de hiervoor bedoelde zin, die de geneeskundig adviseur niet door het stellen van gerichte vragen kan verkrijgen, (ii) dat de geneeskundig adviseur aan klager heeft uiteengezet waarom die gegevens niet door het stellen van gerichte vragen kunnen worden gegeven en (iii) dat de geneeskundig adviseur zich ervan heeft vergewist dat het klager duidelijk was met welk doel de patiëntenkaart diende te worden opgevraagd. Aldus is, naar volgt uit hetgeen hiervoor onder 1.1 en 1.2 is overwogen, dit onderdeel van de klacht gegrond. Daaraan doet niet af dat, zoals verzekeraar heeft betoogd, een aantal rechters heeft geoordeeld dat van een verzekerde als klager kan worden verlangd dat hij toestemming verleent tot het overleggen van de patiëntenkaart. In het kader van de beoordeling of sprake is van een gedraging in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf, dient de Raad van Toezicht mede de gedragsregels en richtlijnen voor artsen en de Beroepscode voor geneeskundige adviseurs, werkzaam bij particuliere verzekeringmaatschappijen in zijn beoordeling te betrekken. Uit de door verzekeraar overgelegde rechterlijke uitspraken blijkt niet dat de desbetreffende rechters zich hebben begeven in de vraag of en zo ja in welke gevallen, geneeskundig adviseurs van verzekeraars op grond van de door hen aanvaarde gedragsregels de vrijheid hebben inzage te verlangen van de patiëntenkaarten.

#### Klachtonderdeel 2 (de medische machtiging)

Uit de tekst van de machtiging blijkt dat in verband met het klager op 3 juni 1997 overkomen ongeval alle behandelende/behandeld hebbende artsen/specialisten, alsmede de medisch adviseurs van betrokken verzekeringsmaatschappijen gemachtigd worden alle terzake beschikbare medische informatie aan de medisch adviseur van verzekeraar te verstrekken. De Raad is van oordeel dat deze machtiging een voldoende gerichte toestemming van klager inhoudt als bedoeld in artikel 7.

2000/84 Mo

De tekst van de machtiging vermeldt verder dat klager de medisch adviseur van verzekeraar machtigt de schadebehandelaar van verzekeraar inzage te geven in de medische gegevens, uitsluitend echter voor zover dat voor de schadebehandeling van belang is. Uit de voormelde Beroepscode komt naar voren dat de (staf van de) medisch adviseur zelf de medische gegevens verzamelt en beoordeelt, en dat de medisch adviseur aan de functionele eenheid - personen die noodzakelijkerwijze betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd, c.q. verstrekt - slechts die medische gegevens verstrekt die voor de beoordeling van een schadeclaim nodig zijn. Verzekeraar heeft dan ook niet blijkt gegeven van een verkeerd inzicht daaromtrent. Dit klachtonderdeel is derhalve niet gegrond.

Klachtonderdeel 3 (keuze van de expertiserend arts)

Op grond van het bepaalde in het hierboven onder "Inleiding" geciteerde artikel 8 lid 2 aanhef en onder 2.2., van de toepasselijke polisvoorwaarden heeft verzekeraar het recht de arts die klager zal onderzoeken aan te wijzen, zodat verzekeraar van klager kan verlangen dat hij zich laat onderzoeken door de door verzekeraar aangewezen arts. Ook dit klachtonderdeel is dus ongegrond. De Raad tekent hierbij wel aan dat het de wederpartij van verzekeraar is die het door deze verlangde medisch onderzoek moest ondergaan, zodat wenselijk is dat er tussen hen overeenstemming is over de keuze van de arts die de keuring zal verrichten.

Klachtonderdeel 4 (verzekeraar zond de correspondentie tussen hem en het bureau aan de expertiserend arts)

Uit de stukken komt naar voren dat hoewel klager weigerde daarmee in te stemmen, verzekeraar de tussen het bureau en verzekeraar gevoerde correspondentie heeft overgelegd aan de expertiserend arts.

Niet is de Raad gebleken dat kennisname van deze correspondentie voor deze arts van belang kan zijn voor het kunnen doen van het medisch onderzoek.

Veeleer kan kennisname de arts beïnvloeden in zijn neutrale positie ten opzichte van klager en verzekeraar. Verzekeraar heeft dan ook de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad door niettemin de correspondentie aan de arts over te leggen. In zoverre is de klacht eveneens gegrond.

Klachtonderdeel 5 (het voorafgaand aan de expertise bereiken van overeenstemming over de vraagstelling)

Een verzekeraar behoort voorafgaande aan een door hem verlangd medisch onderzoek de aan de onderzoekend arts te stellen vragen aan de te onderzoeken verzekerde/benadeelde wederpartij voor te leggen. Zulks geldt ook als tussen de verzekeraar en de te onderzoeken persoon een verzekeringsovereenkomst van kracht is die een bepaling bevat zoals het hierboven onder "Inleiding" geciteerde artikel 8.3 aanhef en sub 1. In dit laatste geval staat het de verzekeraar evenwel vrij om deze vragen aan de keurende arts te stellen zonder een accoord van de te onderzoeken persoon met de vragen af te wachten.

Verzekeraar heeft derhalve de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad door de vragen niet eerst aan klager voor te leggen. In zoverre is dit klacht onderdeel gegrond.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht derhalve deels gegrond, deels ongegrond.

Aan de gedeeltelijke gegrondverklaring verbindt de Raad de consequentie dat verzekeraar, teneinde elke schijn van vooringenomenheid bij de expertiserend arts te vermijden, een andere arts behoort aan te wijzen.

2000/84 Mo

Aldus is beslist op 9 oktober 2000 door Mr. F.H.J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, Mr. B. Sluijters, D.F. Rijkels, arts 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)