

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2001/21 Mo

in de klacht nr. 001.00

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 zijn 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 op 27 juni 1998 met de door hem bestuurde taxi betrokken geraakt bij een aanrijding met een bij verzekeraar tegen het w.a.-risico verzekerde auto.

De klacht

De tegenpartij reed rechts van klager in dezelfde rijrichting en sloeg plotseling linksaf zonder klager voorrang te verlenen. Een aanrijding was het gevolg. Sinds het ongeval kampt klager met diverse klachten, waaronder nekklachten, hoofdpijn, duizeligheid en rugpijn. Daardoor is hij gedeeltelijk arbeidsongeschikt geraakt en lijdt hij aanzienlijke schade.

Klagers klacht betreft het volgende.

- Verzekeraar heeft geen actief schaderegelingsbeleid gevoerd en heeft gehandeld in strijd met de gedragsregels bij de behandeling van letselschaden in het verkeer. Ook heeft hij, na aanvankelijk aansprakelijkheid te hebben erkend, deze erkenning later ingetrokken.

Op 5 augustus 1998 is verzekeraar aansprakelijk gesteld voor klagers schade. Vervolgens vond correspondentie plaats met verzekeraar en het door verzekeraar ingeschakelde schaderegelingsbureau, waarbij hen diverse malen is verzocht om aansprakelijkheid te erkennen, althans om een standpunt daaromtrent in te nemen.

Pas op 19 mei 1999 schreef het schaderegelingsbureau aan klagers advocaat 'dat aan aansprakelijkheid van haar verzekerde niet kan worden ontkomen, doch dat anderzijds enige eigen schuld aan de zijde van uw cliënt eveneens een rol speelt'.

Op 9 juni 1999 schreef het bureau echter: 'dat uw cliënt (...) zelf aansprakelijk is voor het ontstaan van het ongeval'. Mocht zijn bedoeld dat de schuld van de verzekerde in het niet valt bij de schuld van klager, dan is dit gezien de toedracht van het ongeval niet

2001/21 Mo

verdedigbaar. Bovendien behoefde klager dit standpunt, gelet op de erkenning van aansprakelijkheid op 19 mei 1999, niet te verwachten.

Op 15 juni 1999 schreef het bureau: 'Het is juist dat (...) de aansprakelijkheid heeft erkend, onjuist is echter uw opmerking dat deze thans zou worden ingetrokken. In mijn brief van 9 juni jl. wijs ik u erop dat mijn opdrachtgeefster de mening is toegedaan dat niet valt uit te sluiten dat uw cliënt in strijd heeft gehandeld met de voor hem geldende verplichtingen en derhalve zelf aansprakelijk is voor het ontstaan van het ongeval. (...) mede gezien die meer recente informatie lijkt de mogelijkheid te bestaan dat een schuldafweging van beide partijen resulteert in een zodanige verdeling dat de schuld van de verzekerde van (...) in het niet valt bij die van uw cliënt'. In de brief werd vervolgens voorgesteld een verdeling te maken van 60-40 in het voordeel van verzekeraar.

Aldus werd bijna een jaar na het ongeval voor het eerst een concreet voorstel omtrent aansprakelijkheid en schuldverdeling gedaan. Klager heeft het voorstel overigens verworpen.

Ondertussen bleef bevoorschotting uit, hoewel klager in financiële moeilijkheden verkeerde doordat zijn inkomsten waren weggefallen, en verzekeraar en het bureau hiervan op de hoogte waren. Pas enkele dagen voordat een kort geding zou plaatsvinden, stemde verzekeraar toe in een voorschot van f 25.000,-.

De gedragsregels bij de behandeling van letselschaden in het verkeer schrijven voor dat zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen drie maanden nadat de verzekeraar kennis heeft gekregen van de aansprakelijkheidsstelling, een standpunt ter zake wordt meegedeeld aan de benadeelde. Actief schaderegelingsbeleid brengt ook mee dat de verzekeraar zich actief inspant om de gegevens te verkrijgen waarop hij het standpunt kan baseren. Verzekeraar heeft gehandeld in strijd met deze verplichtingen.

- Verzekeraar heeft getracht medische informatie, meer concreet de patiëntenkaart van klager te bemachtigen hoewel klager daartoe zijn toestemming heeft onthouden.

Hoewel er geen reden was te veronderstellen dat sprake was van relevante preëxistente klachten, vroeg het schaderegelingsbureau om een kopie van de patiëntenkaart. Bij brief van 20 mei 1999 heeft klagers advocaat daarop geantwoord: 'Ik zal cliënt adviseren niet akkoord te gaan met het overleggen van de gehele patiëntenkaart. Het overleggen van de patiëntenkaart is ongebruikelijk en zou een voor cliënt niet te rechtvaardigen inbreuk op zijn persoonlijke levenssfeer betekenen'. Op 31 mei 1999 verzocht het bureau nogmaals om de patiëntenkaart, hetgeen (nogmaals) werd geweigerd.

Op 25 augustus 1999 schreef het bureau niettemin aan de door verzekeraar ingeschakelde neuroloog: 'Mijn opdrachtgeefster hecht eraan dat onderzoek wordt verricht naar eventuele preëxistente klachten die voor de beoordeling van belang zijn. Om die reden verzoek ik u vriendelijk de patiëntenkaart bij de huisarts (...) op te vragen en te betrekken bij uw beoordeling'.

Het standpunt van verzekeraar

Aanvankelijk werden klagers belangen behartigd door een assurantiëkantoor. Later meldde zich een rechtsbijstandverzekeraar voor klager. Deze deelde op 28 augustus 1998 mee dat klager geheel arbeidsongeschikt was. Op 22 september 1998 vond een gesprek plaats waarbij klager, klagers assurantiëtussenpersoon, de rechtsbijstandverzekeraar en het door verzekeraar ingeschakelde schaderegelingsbureau aanwezig waren.

In dat gesprek meldde klager een scala aan klachten waardoor hij niet in staat was tot enige arbeid en dat hij voor het ongeval geen ziektes heeft gekend, niet onder behandeling is geweest van een arts en geen andere lichamelijke problemen heeft gekend. Klager voerde zijn werkzaamheden als taxichauffeur zelfstandig uit binnen een

2001/21 Mo

vennootschap onder firma. Voorts werd meegedeeld dat de ongevallendienst van de politie een rapport van de aanrijding had opgemaakt en dat foto's waren vervaardigd.

Afgesproken werd dat het schaderegelingsbureau navraag zou doen naar de foto's en het rapport van de ongevallendienst. Verder werd afgesproken dat het bureau om medische gegevens, waaronder de patiëntenkaart, zou vragen (klager had daartegen toen geen bezwaar) en om nadere financiële gegevens (waaronder de oprijstaten).

Op 1 december 1998 zond de rechtsbijstandverzekeraar voor de eerste maal medische informatie. De overige informatie werd niet verstrekt. Uit de ontvangen informatie bleek geen overtuigende pathologie, bleek voorts dat verdere neurologische begeleiding niet nodig werd geacht en dat de klachten eind oktober kennelijk sterk waren verminderd. De gegevens leken te duiden op letsel van voorbijgaande aard.

Het schaderegelingsbureau heeft vervolgens een voorschot onder algemene titel aangekondigd, waarbij werd aangegeven dat de aansprakelijkheid voor het ongeval nog niet kon worden erkend. Bedoeld werd aan te geven dat (nog) geen volledige aansprakelijkheid kon worden erkend wegens mogelijke eigen schuld van klager.

Vervolgens meldde zich een advocaat voor klager. Bij brief van 26 april 1999 ontving het bureau van de advocaat medische gegevens. In een telefoongesprek op 3 mei 1999 met klagers advocaat werd aangegeven welke gegevens nog ontbraken. Tevens werd aangegeven dat inmiddels was vast komen te staan dat door de ongevallendienst van de politie inderdaad foto's zijn vervaardigd en dat die ter beoordeling van de aansprakelijkheid opgevraagd zouden worden.

De advocaat stelde vervolgens dat verzekeraar in strijd met de gedragsregels nog geen standpunt met betrekking tot de aansprakelijkheid had ingenomen. Namens verzekeraar werd uiteengezet wat het standpunt is van verzekeraar ter zake van de aansprakelijkheid en waarom dat standpunt niet eerder kon worden ingenomen.

Vervolgens volgden frequente contacten omtrent de aansprakelijkheid en de financiële schade, en werd getracht door een medische expertise duidelijkheid te verkrijgen over de klachten van klager. Het bleek niet mogelijk om te komen tot een gezamenlijke expertise. Afgesproken werd dat namens verzekeraar een bepaalde zenuwarts een expertise zal verrichten. In die fase is verzuimd om kopie van de door de medisch adviseur aan de zenuwarts gezonden brief aan klagers advocaat te zenden. Dat abus is later hersteld.

De advocaat bleek vervolgens van mening te zijn dat de neuroloog ten onrechte is verzocht om de bij de huisarts bekende gegevens omtrent de preëxistente situatie bij zijn beoordeling te betrekken

Verzekeraar bespreekt thans de door klager aangegeven klachten.

- Uit de bovengenoemde gang van zaken blijkt dat namens verzekeraar voortdurend actief getracht is de schade te regelen. Voortvarend is gepoogd gegevens te verkrijgen van politie en justitie. Na diverse naspeuringen bleek dat de ongevallendienst van de politie weliswaar foto's had vervaardigd, maar dat geen proces-verbaal was opgemaakt, waardoor deze gegevens niet via het gebruikelijke kanaal verkregen konden worden. De foto's kwamen uiteindelijk in maart 1999 ter beschikking van verzekeraar. Aangezien geen begeleidende stukken bij de foto's waren gevoegd, is opnieuw contact met de politie gelegd, waarna bleek dat dergelijke stukken niet waren vervaardigd.

Hoewel het onderzoek naar schuldvraag, schadegrootte en letsel nog liep zijn voorschotten onder algemene titel verstrekt. Klager merkt op dat voorschotten werden verstrekt vlak voor of onder dreiging van een kort geding, maar miskent dat dit het moment was waarop na veel aandringen nadere gegevens over de bedrijfsvoering bekend waren en afspraken gemaakt konden worden betreffende de verdere aanpak van de zaak.

Voortvarend is contact gelegd met klager en zijn belangenbehartigers. Hen is herhaaldelijk gewezen op het belang van te verstrekken gegevens. Deze zijn een aantal 2001/21 Mo

malen vertraagd aan verzekeraar verstrekt. Vroegtijdig is geprobeerd om door een onafhankelijke expertise de ernst en aard van de eventuele ongevalgevolgen vast te stellen. Klager wenste echter niet mee te werken aan de voorstellen van verzekeraar. Verzekeraar heeft zelfs overwogen om via de rechter de zaak te versnellen.

Blijkens de correspondentie heeft verzekeraar de aansprakelijkheid van zijn verzekerde erkend, maar achtte wel eigen schuld bij klager aanwezig. De omvang van de eigen schuld kon niet snel worden vastgesteld omdat de noodzakelijke informatie vertraagd binnenkwam. Daarom heeft verzekeraar zich zoveel mogelijk gericht op de vaststelling van de gevolgen van het ongeval en de daarmee gepaard gaande schade en is (nog) geen uitgebreide schuldvraagdiscussie aangegaan. Omdat klager met een snelheid van waarschijnlijk meer dan 50 kilometer per uur in de binnenstad voornemens was op niet toegestane wijze zijn weg over de bus/trambaan te vervolgen, terwijl kenbaar was dat de verzekerde met een afslaan manoeuvre doende was, is eigen schuld van klager in rechte verdedigbaar.

Klager merkt op de brief van 9 juni 1999 op te vatten als een intrekking van de eerder aansprakelijkheidserkenning. Zo klager dat uit die brief mocht afleiden, dan is dat met de brief van 15 juni 1999 opgehelderd.

- De preëxistente medische situatie is voor de beoordeling van whiplashachtig letsel in meer opzichten van belang. Bij whiplashachtige klachten is de preëxistente situatie van belang voor de gevolgen op langere termijn. Bij whiplashachtig letsel gaat het veelal om klachten waarvan de oorsprong niet objectief is vast te stellen. In de richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit en neurologische aandoeningen, opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, is bepaald dat de pijnklachten die in verband worden gebracht met het ongeval, voor het ongeval niet of in veel mindere mate moeten hebben bestaan. Uit onderzoek is gebleken dat de anamnese voor de beoordeling van de preëxistente situatie niet altijd betrouwbaar is daar het voorkomt dat de patiënt een relevante medische voorgeschiedenis verzwijgt. Overwogen is om gerichte vragen aan de huisarts te (laten) stellen. Gezien de diversiteit van de klachten en de duur en omvang van de gestelde schade leek het echter beter om feitelijke informatie te vergaren omtrent de preëxistente situatie. Uit jurisprudentie blijkt dat de rechter bij afweging van de belangen van de gelaedeerde en diens recht op privacy enerzijds en van de laedens en diens recht op relevante informatie anderzijds in het voordeel van de laedens kan beslissen. Verzekeraar had via een voorlopig deskundigenonderzoek kunnen aandringen op het verzamelen van preëxistente informatie. Aanvankelijk overigens had klager geen bezwaar tegen het overleggen van zijn patiëntenkaart.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht.

De aanrijdingformulieren, ingevuld door klager en zijn tegenpartij, zijn vrijwel gelijklopend. Over de toedracht van het ongeval verschillen zij merkbaar niet van mening. De toedracht was duidelijk en de schuldvraag helder; het betrof een vrij eenvoudige voorrangskwestie. Niettemin nam verzekeraar pas na bijna een jaar een standpunt omtrent de aansprakelijkheid in. De schadevergoedingsplicht van verzekeraar zou kunnen verminderen indien sprake zou zijn van eigen schuld van klager. Verzekeraar voert echter een niet serieus te nemen eigen schuldverweer. Indien sprake zou zijn van eigen schuld van klager, dan rechtvaardigt dit nog niet het achterwege laten van voorschotten. Eigen schuld zou de schadevergoedingsplicht van verzekeraar hoogstens doen verminderen, maar niet wegnemen.

Kort na het ongeval was nog nauwelijks medische informatie voorhanden. Duidelijk was dat klager na het ongeval in het ziekenhuis was opgenomen. Enige tijd na het 2001/21 Mo

ongeval stond vast dat klager vele maanden zodanige klachten en beperkingen ondervond dat hij zijn beroep als taxichauffeur niet kon uitoefenen. Redelijkerwijs moest er toen al worden vanuit gegaan dat dit ongevalgevolg was. Als een expertise zou worden afgewacht, zou klager reeds failliet zijn.

Op 21 juni 1999 werd neurologische expertise overeengekomen. Stuitend is verzekeraars stelling dat klager niet wenste mee te werken. Klagers advocaat heeft het schaderegelingsbureau maar liefst vier namen van neurologen genoemd. Ongemotiveerd werden deze verworpen. Aanvankelijk was slechts een expertise door een enigszins omstreden neuroloog bespreekbaar.

Het overleggen van de oprijstaten heeft geen invloed gehad op het standpunt van verzekeraar. Maanden nadat alle gegevens waren verstrekt, was hij nog niet overtuigd van klagers verlies van arbeidsvermogen, terwijl duidelijk was dat klager voor het ongeval een stabiel inkomen had, zijn inkomen direct na het ongeval geheel wegviel en enkele maanden later een fractie was van zijn inkomen voor het ongeval.

Klager kan zich niet herinneren aangegeven te hebben geen bezwaar te hebben tegen het overleggen van de patiëntenkaart. Diverse malen is duidelijk gemaakt dat hij dat overleggen niet wilde. Toch heeft verzekeraars medisch adviseur, die met de bezwaren van klager bekend was (dit is met zoveel woorden erkend), gevraagd de patiëntenkaart op te vragen. Dat er uitspraken zijn waarin de rechter het verstandig achtte de patiëntenkaart te verstrekken, doet aan het bovenstaande niet af.

Verzekeraar heeft het niet aangedurfd de door hem ingenomen standpunten te laten toetsen door de rechter. Herhaaldelijk is geweigerd een nader voorschot te verstrekken. Tweemaal heeft klager een dagvaarding in kort geding uitgebracht; beide keren werd enkele dagen voor de zitting een nieuw voorschot beschikbaar gesteld van respectievelijk f 25.000,-- en f 60.000,--. Voordat de dagvaardingen tegen hem werden uitgebracht ontkende verzekeraar ook maar iets schuldig te zijn. Nadat klagers advocaat bij brief van 16 maart 2000 had aangekondigd de aansprakelijkheidskwestie voor te leggen aan de rechtbank, heeft verzekeraar, toen de gestelde termijn verstreek, toegezegd de schade volledig te vergoeden. Een en ander heeft voor klager tot een zenuwslopend schaderegelingsproces geleid. Tevens zijn daardoor de kosten van zijn advocaat onnodig hoog opgelopen;

Het overleg met verzekeraar

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

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Verzekeraar heeft bij brief van 31 oktober 2000 zijn standpunt als volgt nader toegelicht.

- De gang van zaken tot het moment, 19 mei 1999, dat een standpunt met betrekking tot de aansprakelijkheid werd ingenomen.

Verzekeraar geeft een chronologisch overzicht van de gang van zaken. De kwestie heeft voortdurend aandacht gekregen. Er is slechts één meer langdurige periode te noemen, waarin geen communicatie plaatsvond. Dat hield verband met de wisseling van klagers belangenbehartiger en met het wachten op een proces-verbaal, dat uiteindelijk niet opgemaakt bleek te zijn. Er is voortvarend een onderzoek naar de feiten ingesteld. Zodra die feiten beschikbaar waren is een standpunt ter zake van de aansprakelijkheid ingenomen. Verzekeraar heeft, in afwachting van een definitieve stellingname omtrent de aansprakelijkheid, voorschotten verleend zodra schade was aangetoond.

- De vraag of en in hoeverre verzekeraars beleid met betrekking tot het verzamelen van gegevens betreffende de (preëxistente) medische situatie in strijd is met de geldende (tucht)regels.

2001/21 Mo

De vraag is of het feit dat verzekeraar aan de keurend arts heeft verzocht om de patiëntenkaart bij zijn beoordeling te betrekken al dan niet in strijd is met hetgeen een verzekeraar betaamt.

Van meet af aan was duidelijk dat verzekeraar de informatie betreffende de preëxistente situatie, bij voorkeur in de vorm van de patiëntenkaart van de huisarts, bij de beoordeling van de ongevalgevolgen wilde betrekken. Duidelijk was ook dat klager, althans zijn belangenbehartiger, daartegen bezwaren had. Klager zelf had aanvankelijk geen bezwaren daartegen. Bovendien is de patiëntenkaart uiteindelijk door klagers advocaat aan de beoordelend arts voorgelegd. Dat is niet goed verklaarbaar indien klager bezwaren had.

Informatie omtrent de preëxistente situatie is bij de beoordeling van whiplashachtige klachten van belang. In rechte wordt voortdurend beslist dat relevante medische gegevens, ook omtrent de preëxistente situatie, door de eiser ter beschikking dienen te worden gesteld. Verzekeraar zou verder de kwestie via een verzoekschrift bij de rechtbank hebben kunnen deponeren. In dat geval ligt het in de lijn der verwachtingen dat de rechtbank het verzoek inwilligt.

Verzekeraar omringt met veel zorg en aandacht het vergaren van medische gegevens.

Bij een whiplashtrauma is veelal geen sprake van objectiveerbare afwijkingen. Een whiplashtrauma wordt door behandelende medici veelal aangenomen op basis van de naar hun aard subjectieve klachten die door de patiënt worden gepresenteerd. Verzekeraar verwijst naar de literatuur omtrent het whiplashtrauma. Daaruit kan geconcludeerd worden dat het whiplashsyndroom weliswaar als een realiteit moet worden gezien, maar dat het feit dat een belanghebbende stelt dat sprake is van klachten zonder objectiveerbare afwijkingen met zich meebrengt dat zorgvuldig onderzoek op zijn plaats is naar de realiteitswaarde van de klachten en het verband met het ongeval.

Indien uitgangspunt is dat de informatie omtrent de preëxistente situatie zo objectief mogelijk ter beschikking van beide partijen dient te staan (en niet alleen van de eisende partij), kan worden beoordeeld hoe deze gegevens het beste verkregen kunnen worden. De meest eenvoudige weg is door middel van een kopie van de patiëntenkaart van de huisarts. Die kaart bevat immers een chronologisch overzicht van het medische verleden van de betrokkene. In het kader van de bewijsplicht ligt het op weg van de eisende partij om dergelijke informatie te verstrekken. Teneinde de privacy van de gelaedeerde te beschermen, is het gewenst om waar mogelijk met gerichte vragen informatie van de behandelend arts en de huisarts te verkrijgen.

Dat laatste ligt anders bij de whiplashproblematiek. Bij whiplashachtig letsel is van belang of de klachten niet verklaard kunnen worden vanuit een andere oorzaak. Ook bij psychosociale problematiek, burn-out en overspanning kunnen dezelfde klachten optreden als bij het postwhiplashsyndroom. De medisch adviseur die tracht een gerichte vraag te stellen aan de huisarts ontkomt er dan bijna niet aan om te vragen naar relevante factoren.

Noch uit de beroepscode van de GAV, noch uit de richtlijnen van de KNMG blijkt dat het verplicht is om uitsluitend met gerichte vragen te werken. Het is de medisch adviseur toegestaan om - na machtiging van de betrokkene - de patiëntenkaart onderdeel te laten uitmaken van het medisch dossier. Ook een onafhankelijk keurend arts is het toegestaan om dergelijke gegevens bij zijn beoordeling te betrekken.

Bij het verzamelen van informatie omtrent de preëxistente situatie gaat het erom dat beide partijen de beschikking kunnen krijgen over min of meer dezelfde gegevens en dat op basis van die gegevens tot een oordeel zal worden gekomen. Richtlijn bij een

2001/21 Mo

discussie buiten rechte zal altijd behoren te zijn de vraag of de rechter dergelijke gegevens een rol zal laten spelen en derhalve zal verlangen dat die gegevens in een

procedure worden ingebracht. Het beeld vanuit de rechtspraak is consistent; de gelaedeerde dient ter voldoening van zijn bewijsplicht informatie te verstrekken omtrent de preëxistente toestand. Verzekeraar noemt een aantal uitspraken.

De onderhavige problematiek is met name van belang als niet of moeilijk objectiveerbaar letsel een rol speelt. Dergelijk letsel maakt een steeds groter deel uit van de schadelast.

In reactie op verzekeraars brief van 31 oktober 2000 heeft klager zijn klacht gehandhaafd. Klager merkt nog op dat de patiëntenkaart uiteindelijk aan de expertiserend arts is overgelegd na grote druk van verzekeraar. Deze stelde betaling van het voorschot van f 60.000,- afhankelijk van het overleggen van deze kaart. Klager kon op dat moment gezien zijn financiële nood niet anders dan akkoord gaan. Klager had het voorstel gedaan om een vertrouwensarts te benoemen, aan wie de patiëntenkaart kon worden verstrekt en die vervolgens aan beide medisch adviseurs zou kunnen berichten of inderdaad sprake is van een relevante preëxistente geschiedenis. Verzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. Klager was bereid om alle medische informatie te verstrekken en iedere vraag aan willekeurig welke arts te stellen. De enige uitzondering vormt de patiëntenkaart van de huisarts.

Het oordeel van de Raad

1. De Klacht dat verzekeraar onvoldoende voortvarend te werk is gegaan met betrekking tot de vaststelling van de toedracht van het ongeval is gegrond.

Verzekeraar heeft een aantal maanden gewacht op een door de politie opgemaakt proces-verbaal van het ongeval. Zodanig proces-verbaal bleek uiteindelijk niet te bestaan. Niet gebleken is dat verzekeraar actief navraag heeft gedaan naar het bestaan van een proces-verbaal. Evenmin is gebleken dat verzekeraar actief onderzoek heeft gedaan naar de bevoegdheid van klager om ter plaatse de tramrails te volgen. Aldus is verzekeraar onvoldoende voortvarend te werk is gegaan ten aanzien van de vaststelling van de aansprakelijkheid.

2. Eveneens gegrond is de klacht dat verzekeraar onvoldoende voortvarend te werk is gegaan bij de vaststelling van het aan klager toegebrachte letsel.

Verzekeraar heeft ten aanzien van de vaststelling van het letsel van klager aanvankelijk een afwachtende houding ingenomen. Aldus heeft verzekeraar gehandeld in strijd met de bedrijfsregels van de Nederlandse Vereniging van automobielassuradeuren volgens welke verzekeraar actief financiële, medische, arbeidskundige en andere gegevens dient te verzamelen die voor de afwikkeling van de schade van belang zijn.

3. Gegrond is ook de klacht dat verzekeraar is teruggekomen op erkenning van zijn aansprakelijkheid.

Het voor verzekeraar optredende schaderegelingsbureau schreef op 19 mei 1999: 'dat aan aansprakelijkheid van haar verzekerde niet kan worden ontkomen, doch dat anderzijds enige eigen schuld aan de zijde van uw cliënt eveneens een rol speelt'. Op 9 juni 1999 schreef genoemd bureau: 'dat uw cliënt ...zelf aansprakelijk is voor het ontstaan van het ongeval' en op 15 juni 1999; 'Het is juist dat (...) de aansprakelijkheid heeft erkend, onjuist is echter uw opmerking dat deze thans zou worden ingetrokken. In mijn brief van 9 juni jl. wijs ik u erop dat mijn opdrachtgeefster de mening is toegedaan dat niet valt uit te sluiten dat uw cliënt in strijd heeft gehandeld met de voor hem geldende verplichtingen en derhalve zelf aansprakelijk is voor het ontstaan van het ongeval. (...) mede gezien de meer recente informatie lijkt de mogelijkheid te bestaan dat een schuldafweging van beide partijen resulteert in een zodanige verdeling van de schuld van de verzekerde van (...) in het niet valt bij die van uw cliënt'.

Deze passages uit door het schaderegelingsbureau geschreven brieven kunnen bezwaarlijk anders worden gelezen dan dat verzekeraar, zonder zich daarbij op nieuwe feiten te baseren,

wisselende standpunten heeft ingenomen met betrekking tot zijn aansprakelijkheid. Ook indien dit niet de bedoeling mocht zijn, is de uit deze correspondentie naar vorenkomende wisseling van de door verzekeraar ingenomen standpunten, die verwarringwekkend en voor een deel met elkaar in tegenspraak zijn, van dien aard dat daardoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf is geschaad.

4. De klacht dat verzekeraar niet dan met vertraging en onder dreiging met een kort geding, voorschotten op de uiteindelijk door hem te vergoeden schade heeft betaald is niet gegrond. Bij beoordeling van deze klacht moet worden vooropgesteld dat verzekeraar, zoals naar voren komt uit de hiervoor vermelde bedrijfsregels, zolang volledig herstel of consolidatie niet heeft plaatsgevonden, alle opgekomen schade tijdig dient te vergoeden. Hetgeen verzekeraar tot zijn verweer heeft aangevoerd, moet aldus worden begrepen dat de voor berekening van de te vergoeden schade benodigde gegevens slechts na aandringen door verzekeraar en met vertraging zijn verstrekt. De gang van zaken bij de behandeling van de onderhavige schade, zoals deze blijkt uit de overgelegde stukken, geeft verzekeraar voldoende grond voor dit standpunt.

5.1 De klacht met betrekking tot het door verzekeraar doen opvragen van de patiëntenkaart betreffende klager is gegrond.

5.2 Bij de beoordeling van deze klacht moet worden vooropgesteld dat het hier gaat om inzage van de patiëntenkaart betreffende een slachtoffer van een verkeersongeval die aanspraak heeft op vergoeding van de door hem geleden schade door een verzekeraar die tot deze vergoeding gehouden is ingevolge een bij hem lopende verzekering die de aansprakelijkheid dekt waartoe een bij het ongeval betrokken motorrijtuig aanleiding kon geven.

Voorts moet worden uitgegaan van het volgende:

(a) Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de benadeelde brengt mee dat de medische adviseur van verzekeraar bij het vergaren van medische gegevens niet kan verlangen dat hem medische gegevens worden verschaft die niet van belang zijn voor de beoordeling van de vraag of de na het ongeval bestaande klachten in zodanig verband staan met het ongeval dat zij als een gevolg daarvan aan de aansprakelijke kunnen worden toegerekend.

(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 geheim te houden hetgeen zijn patiënt hem heeft toevertrouwd, aan de arts die door verzekeraar is belast met onderzoek van de benadeelde of aan de geneeskundige adviseur van verzekeraar, niet meer inlichtingen mogen verstrekken dan noodzakelijk is en alleen met gerichte toestemming van de benadeelde.

(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 benadeelde aanvullende informatie zal vragen van de arts(en) die de benadeelde behandelen en/of hebben behandeld. Daarbij zal het, volgens de zo-even genoemde bepaling, aan de benadeelde duidelijk moeten zijn welke gegevens het betreft en met welk doel deze worden gevraagd.

(d) Met betrekking tot dit laatste dient nog te worden opgemerkt dat bij een onrechtmatige daad, die bestaat uit het toebrengen van letsel, de gevolgen van een door de persoonlijke predispositie van het slachtoffer bepaalde reactie op deze daad in het algemeen als gevolg van de onrechtmatige daad aan de dader moeten worden toegerekend, ook al houdt deze reactie mede verband met een neurotische behoefte van het slachtoffer een vergoeding te krijgen en ook al zijn die gevolgen daardoor ernstiger en langer van duur dan in de normale lijn der verwachtingen ligt. Dit zal slechts anders zijn onder bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld indien het slachtoffer zou hebben nagelaten van zijn kant alles in het werk te stellen wat redelijkerwijs – mede in aanmerking genomen zijn persoonlijkheidsstructuur – van hem kan worden verlangd om tot het herstelproces bij te dragen. Dit alles laat onverlet dat de persoonlijke

predispositie van het slachtoffer en de daaruit in het algemeen voortvloeiende risico's voor het ontstaan van klachten wel een factor kunnen vormen waarmee rekening valt te houden bij de begroting van de schade (vgl. HR 8 februari 1985, NJ 1986, 137 en HR 4 november 1988, NJ 1989, 751).

5.3 Uit hetgeen hiervoor onder (c) is overwogen volgt dat de geneeskundig adviseur van verzekeraar aanvullende informatie kan vragen, hetgeen inhoudt dat hij, indien hij na eigen of, op zijn verzoek, door een andere arts verricht onderzoek nog andere gegevens behoeft, deze gegevens zal kunnen opvragen bij de arts of artsen die de betrokkene behandelt of behandelen dan wel heeft of hebben behandeld. Een patiëntenkaart zal in het algemeen, naast de verlangde aanvullende informatie ook gegevens bevatten die voor beoordeling door de geneeskundig adviseur niet van belang zijn. Naar uit hetgeen hiervoor in 5.2 onder (a) en (b) is overwogen volgt echter 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 dat 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 benadeelde 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 benadeelde moeten meedelen waarom niet met het verstrekken van gerichte vragen kan worden volstaan en met welk doel de patiëntenkaart zal worden opgevraagd.

5.4 In het onderhavige geval verlangt verzekeraar dat klager machtiging verleent dat de op hem betrekking hebbende, door zijn huisarts aangelegde, patiëntenkaart aan de arts die in opdracht van verzekeraar een onderzoek zal verrichten, ter inzage zal worden verstrekt, terwijl niet is gesteld of gebleken: (i) dat het hier gaat om aanvullende informatie in de hiervoor bedoelde zin, die deze arts niet door het stellen van gerichte vragen kan verkrijgen; (ii) dat de geneeskundig adviseur aan klager heeft uiteengezet waarom deze gegevens niet door het stellen van gerichte vragen kunnen worden verkregen; (iii) dat de geneeskundig adviseur zich ervan heeft vergewist dat het klager duidelijk was met welk doel de patiëntenkaart diende te worden opgevraagd. Aldus heeft verzekeraar, naar volgt uit hetgeen hiervoor onder in 5.2 onder (a) – (c) is overwogen, de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad.

Voorzover hetgeen verzekeraar nog heeft aangevoerd aldus moet worden begrepen dat het whiplashsyndroom weliswaar een realiteit is, maar dat dient te worden onderzocht of de klachten niet verklaard kunnen worden vanuit een andere oorzaak, zoals psychosociale problematiek, burn-out of overspanning, miskent verzekeraar hetgeen hiervoor in 5.2 onder (d) is overwogen. Daaruit volgt immers dat ook indien de klachten van de benadeelde mede worden bepaald door zijn persoonlijke predispositie, de gevolgen van het ongeval desondanks aan degene die voor deze gevolgen aansprakelijk is, moeten worden toegerekend. Uitgaande van hetgeen hiervoor in 5.1 onder (a) – (c) is overwogen, zal de geneeskundig adviseur slechts aanvullende informatie kunnen vragen in de hiervoor bedoelde zin en zal hij aan de benadeelde moeten meedelen waarom niet met het verstrekken van gerichte vragen kan worden volstaan en met welk doel de patiëntenkaart zal worden opgevraagd.

5.5 Aan hetgeen hiervoor is overwogen doet niet af dat, zoals verzekeraar heeft betoogd, een aantal rechters heeft geoordeeld dat van een benadeelde, 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 particulieren verzekeringsmaatschappijen in zijn beoordeling te betrekken. Uit de rechterlijke uitspraken waarop klager doelt 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 patiëntenkaarten.

6. Uit hetgeen hiervoor onder 1 – 3 en onder 5 is overwogen volgt dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. De Raad ziet geen aanleiding aan gedeeltelijke gegrond bevinding van de klacht voor verzekeraar financiële of andere consequenties te verbinden.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond.

Aldus is beslist op 19 maart 2001 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. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)