

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2001/39 Med

in de klacht nr. 126.00

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.

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

Inleiding

Klager heeft bij verzekeraar een persoonlijke ongevallenverzekering gesloten die voorziet in een eenmalige uitkering bij - onder meer - blijvende invaliditeit. Artikel 4.4 van de verzekeringsvoorwaarden luidt:

'Een door de verzekeraar verschuldigde uitkering wordt verhoogd met een percentage gelijk aan het product van 0,75% en het aantal volle maanden dat is gelegen in de periode vanaf een jaar na de datum van aangifte van het ongeval en de dag van betaalbaarstelling van de aldus verhoogde uitkering.'

In september 1997 heeft klager aan de (rechtsopvolger van de) makelaar door wiens bemiddeling de verzekering is gesloten, gemeld dat hij als gevolg van een hem in september 1994 overkomen verkeersongeval schade had geleden.

In juni 2000 is klager na bemiddeling door de Ombudsman Verzekeringen akkoord gegaan met een aanbod van verzekeraar om sans prejudice een uitkering te doen op basis van 9% blijvende functionele invaliditeit van de gehele mens volgens de normen, zoals vastgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Op 5 juli 2000 heeft klager de desbetreffende kwitantie ondertekend, waarin hij verklaart dat door betaling van f 9.000,- geheel is voldaan aan alle aanspraken die hij met betrekking tot de onderhavige schade tegen verzekeraar heeft of zou kunnen doen gelden. Dit bedrag is aan klager betaald, vermeerderd met de wettelijke rente berekend over een periode van 73 dagen vanaf 5 juli 2000.

De klacht

Verzekeraar houdt zich niet aan zijn verplichting ingevolge artikel 4.4 van de verzekeringsvoorwaarden, die inhoudt dat hij polisrente betaalt over f 9.000,- vanaf september 1998 tot het moment van betaling. De schade is bij brief van 18 september 1997 gemeld, hetgeen inhoudt dat recht bestaat op 23 maanden x $0,75\% \times 9.000 = f 1.552,50$.

2001/39 Med

Het standpunt van verzekeraar

Het ongeval vond plaats op 28 september 1994. Ingevolge de polisbepalingen had aangifte daarvan uiterlijk op 28 december 1994 moeten worden gedaan en de mate van invaliditeit uiterlijk op 28 december 1996 moeten zijn vastgesteld. Verzekeraar heeft de melding van klager op 14 oktober 1997 ontvangen. Op 28 augustus 1998 heeft verzekeraar een medisch rapport ontvangen dat een orthopaedisch chirurg eerder dat jaar had opgemaakt in verband met het verhaal op de aansprakelijke WAM-verzekeraar. In dit rapport is de blijvende invaliditeit vastgesteld op 9%. De medisch adviseur van verzekeraar was evenwel van mening dat er in het kader van de ongevallenverzekering sprake was van een blijvende invaliditeit van 5%. Op basis van dit advies heeft verzekeraar aan klager bij brief van 7 december 1998 sans prejudice een uitkering van 5% (van de verzekerde som van f 100.000,-) geboden. In reactie daarop heeft klager gevraagd een uitkering van 9% aan te houden. Verzekeraar heeft dat geweigerd. Na tussenkomst van de Ombudsman Verzekeringen heeft verzekeraar alsnog een eenmalige uitkering van f 9.000,- aangeboden. In juni 2000 is klager daarmee akkoord gegaan. Uit de door klager zonder voorbehoud getekende uitkeringskwitantie blijkt volgens verzekeraar dat partijen tot een regeling zijn gekomen. Wegens vertraagde betaling van dit bedrag is aan klager de wettelijke rente over 73 dagen betaald. Vervolgens heeft klager verzocht de uitkering te verhogen met een bedrag van f 1.552,50 en met de wettelijke rente daarover op de voet van artikel 4.4 van de polisvoorwaarden. Verzekeraar heeft dat geweigerd en zich op het standpunt gesteld dat het hier gaat om een uitkering sans prejudice en dat daarover geen rente wordt betaald.

Door de late melding is verzekeraar niet in staat geweest zijn werkelijke verplichting vast te doen stellen. Op basis van het van de medisch adviseur ontvangen advies heeft verzekeraar geconcludeerd dat zijn verplichting bij een normale gang van zaken zou zijn uitgekomen op 5%.

Door het aanbieden van een bedrag sans prejudice geeft een verzekeraar aan dat naar zijn mening niet vaststaat dat er een verplichting tot uitkering bestaat of dat de omvang van de verplichting niet duidelijk is. Indien een verzekerde zo'n aanbod aanvaardt, zijn partijen daaraan gebonden. Verzekeraar zijn geen omstandigheden bekend die hem redelijkerwijs zouden moeten doen besluiten tot heroverweging.

Wellicht zou kunnen worden aangevoerd dat het eerste bod van f 5.000,- hoger had kunnen zijn in verband met het bepaalde in artikel 4.4 van de polisvoorwaarden. Zo dat het geval zou zijn, dan is daaraan door het tweede bod van f 9.000,- in ruime mate tegemoetgekomen. Verzekeraar betreurt dat de betaling van dit bedrag is vertraagd, doch die schade is door de betaling van de wettelijke rente vergoed.

Het commentaar van klager

Naar aanleiding van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Tussen partijen is een geschil ontstaan over de mate van de klager na het verkeersongeval van 28 september 1994 overkomen blijvende invaliditeit. Klager heeft zich op het standpunt gesteld dat die dient te worden vastgesteld op 9% in overeenstemming met de bevindingen van de medisch deskundige van de aansprakelijke WAM-verzekeraar, terwijl verzekeraar heeft betoogd dat het hem op grond van de te late melding niet (meer) mogelijk is de mate van invaliditeit vast te

2001/39 Med

stellen. Verzekeraar heeft zich evenwel bereid verklaard - sans prejudice - een bedrag van f 5.000,- uit te keren; verzekeraar is daarbij afgegaan op het oordeel van zijn medisch adviseur. Klager heeft het aanbod niet aanvaard. Na bemiddeling door de Ombudsman Verzekeringen heeft verzekeraar - eveneens sans prejudice - aangeboden f 9.000,- uit te keren, welk bedrag correspondeert met het eerder door de medische deskundige van de WAM-verzekeraar vastgestelde invaliditeitspercentage van 9 van de gehele mens.

2. Uit de aan de Raad overgelegde stukken blijkt dat klager het aanbod van verzekeraar om ter regeling van de onderhavige claim f 9.000,- uit te keren, heeft aanvaard en verklaard dat met betaling van dit bedrag geheel is voldaan aan alle aanspraken die hij met betrekking tot het hem op 28 september 1994 overkomen ongeval tegen verzekeraar heeft of zou kunnen doen gelden. Verzekeraar kan zich in alle redelijkheid op het standpunt stellen dat partijen aldus zijn overeengekomen dat hetgeen verzekeraar aan klager verschuldigd was, met inbegrip van de rente, is vastgesteld op f 9.000,-. Het standpunt van verzekeraar dat hij tot geen verdere uitkering is gehouden is eveneens verdedigbaar en past in het stelsel van artikel 7: 900 en volgende van het Burgerlijk Wetboek.

3. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet heeft geschaad, zodat de klacht ongegrond is.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 18 juni 2001 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. C.A.M. Splinter, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)