RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/056 Med

i n d e k l a c h t nr. 2005.0407 (019.05)

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 in een zitting van de Raad te horen.

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

Inleiding

Op 19 oktober 1999 is de broer van klager een ongeval overkomen waardoor hij hersenletsel heeft opgelopen. Klager is op 11 oktober 2001 benoemd tot bewindvoerder van zijn broer. In die hoedanigheid is klager in januari 2002 op de hoogte gekomen van het feit dat door de voormalige bewindvoerder van zijn broer een beroep is gedaan op de bij verzekeraar gesloten ongevallenverzekering. Op 18 januari 2003 is de broer van klager overleden.

De klacht

Verzekeraar heeft het dossier van de broer van klager onvoldoende adequaat behandeld.

Via de tussenpersoon heeft klager een brief van verzekeraar van 24 januari 2002 ontvangen gericht aan zijn broer. Met zijn brief van 12 februari 2002 heeft klager verzekeraar de gevraagde toestemming gegeven voor het opvragen van medische informatie over zijn broer bij de behandelend arts van het verpleeghuis waar zijn broer verbleef. Aangezien klager bekend was met de door het verpleeghuis gehanteerde procedure - inhoudende dat geen medische informatie aan derden wordt verstrekt, maar wordt verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (de GGZ) te Leeuwarden - heeft hij verzekeraar daarop in zijn brief geattendeerd. Eveneens heeft hij per gelijke datum een brief aan het verpleeghuis gestuurd om de verpleeghuisarts van het komende verzoek van verzekeraar in kennis te stellen. Bij brief van 8 april 2002 heeft de verpleeghuisarts klager medegedeeld dat er een verzoek om informatie door verzekeraar was gedaan en dat de medisch adviseur van verzekeraar voor informatie was verwezen naar de GGZ te Leeuwarden.

Klager vertrouwde erop dat deze zaak verder ging lopen via de aan verzekeraar naar voren gebrachte procedure. Bij brief van 21 maart 2003 - ruim drie jaar na het ongeval en nadat de broer van klager inmiddels op 18 januari 2003 was overleden - heeft verzekeraar klager evenwel medegedeeld dat het verpleeghuis geweigerd heeft medische informatie te verstrekken en heeft verzekeraar klager opnieuw gevraagd om toestemming voor het inwinnen van medische informatie over zijn broer. Dit terwijl volgens de reglementen een zaak als de onderhavige binnen een termijn van twee jaar had moeten zijn afgehandeld.

Op 21 maart 2003 heeft verzekeraar klager medegedeeld dat hij een voorschot zou verlenen op basis van 50% van de verzekerde som. Op 11 april 2003 heeft klager een brief ter zake de te late betaling van het voorschot aan verzekeraar verstuurd en verzekeraar verzocht een bedrag ad€ 75,69 aan aanvullende rente over te maken. Hierop heeft klager eerst op 6 september 2004 antwoord ontvangen. Hoewel verzekeraar in zijn brief van 6 september 2004 heeft geschreven dat hij zou overgaan tot betaling van een bedrag van € 75,69, is dit bedrag evenwel eerst eind december 2004 aan klager overgemaakt.

Op 22 september 2003 heeft verzekeraar klager medegedeeld dat conform de Nederlandse Richtlijnen voor de bepaling van functieverlies bij neurologische aandoeningen van de Vereniging voor Neurologie het blijvende functieverlies vóór het overlijden van zijn broer op 60% kan worden gesteld. Bij brief van 6 oktober 2003 heeft klager verzekeraar medegedeeld niet in te stemmen met een invaliditeitsvaststelling van 60%. Eerst nadat klager een klacht had ingediend bij de Ombudsman Verzekeringen heeft verzekeraar alsnog de keuzeclausule, die was opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, toegepast en is de blijvende invaliditeit van de broer van klager vastgesteld op 100%.

Voorts heeft verzekeraar ten onrechte geen indexering op de verzekerde som toegepast.

Het standpunt van verzekeraar

Verzekeraar erkent dat met name in de periode van 2000 tot en met 2003 het nodige fout is gegaan bij de behandeling van het dossier van de broer van klager. Met name de trage voortgang in de afwikkeling, het niet tijdig rappelleren en het onvolledig beantwoorden van brieven, zijn zaken die in het oog springen.

Tijdens de dossierbehandeling is de organisatie van de werkzaamheden binnen verzekeraar en de wijze van dossierbehandeling, van fysiek naar digitaal, ingrijpend gewijzigd. Daarbij is in het verleden, helaas ook in dit dossier, het nodige fout gegaan. Dit mag uiteraard geen excuus zijn voor nalatig handelen.

Nadat klager zijn klacht bij de Ombudsman Verzekeringen had gedeponeerd, heeft verzekeraar zijn standpunt aangepast. Bij het vaststellen van het uiteindelijke percentage blijvende invaliditeit, is alsnog de keuzeclausule toegepast. Voor de gemaakte fouten heeft verzekeraar zijn excuses aangeboden.

Verzekeraar betreurt het dat er fouten zijn gemaakt en dat dit veel onnodige overlast heeft veroorzaakt.

2005/056 Med

Het commentaar van klager
Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht.

Het overleg met verzekeraar
Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

Het oordeel van de Raad
1. De Raad is van oordeel dat op de verzekering van toepassing zijn de voorwaarden zoals die golden ten tijde van het sluiten van de verzekering bij de rechtsvoorganger van verzekeraar. Immers, verzekeraar heeft de uit de verzekering voortvloeiende rechten en verplichtingen van zijn rechtsvoorganger overgenomen en gedurende de looptijd van de verzekering bij verzekeraar zijn de polisvoorwaarden niet aangepast. Voorzover klager zich erover beklaagt dat verzekeraar ten onrechte de verzekerde som niet heeft geïndexeerd overeenkomstig artikel 6 van de door verzekeraar zelf opgestelde en gehanteerde polisvoorwaarden, is de klacht derhalve niet gegrond. Ten overvloede overweegt de Raad nog dat de door de broer van klager verschuldigde premie nimmer is aangepast, zodat reeds op die grond geen recht op indexering van de verzekerde som bestaat.
2. In het tweede klachtonderdeel verwijt klager verzekeraar de trage voortgang bij de vaststelling van de schade. Uit de aan de Raad overgelegde stukken komt naar voren dat verzekeraar de claim van klager niet met die voortvarendheid en zorgvuldigheid heeft behandeld die van hem uit een oogpunt van de goede naam van het verzekeringsbedrijf had mogen worden verwacht. Met name had verzekeraar veel eerder de uitkering bij blijvende invaliditeit moeten vaststellen. De klacht zal in zoverre gegrond worden verklaard.
3. In het derde onderdeel van de klacht beklaagt klager zich over het traag reageren op zijn brief van 11 april 2003 waarin hij verzekeraar vraagt om uitkering van € 75,69 aan aanvullende rente. Uit de aan de Raad overgelegde stukken blijkt dat verzekeraar zijn standpunt omtrent dit verzoek van klager eerst bij brief van 6 september 2004 heeft medegedeeld. In deze brief wordt betaling aangekondigd van de verzochte aanvullende rente. In december 2004 geeft verzekeraar evenwel pas opdracht tot effectuering van de reeds in zijn brief van 6 september 2004 aangekondigde betaling. De omstandigheid dat verzekeraar voor deze gang van zaken zijn excuses heeft aangeboden neemt niet weg dat de goede naam van het verzekeringsbedrijf door dit gebrek aan voortvarendheid is geschaad, zodat dit onderdeel van de klacht eveneens gegrond is.
4. Tot slot beklaagt klager zich over de invaliditeitsvaststelling van de broer van klager. In artikel 12 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald:
‘(…) Indien blijvende invaliditeit ontstaat in een vorm welke hierboven (Raad: Gliedertaxe) niet is genoemd, wordt het percentage daarvan vastgesteld naar:
a. de mate van invaliditeit, zonder met het beroep van verzekerde rekening te houden;
b. de mate, waarin verzekerde blijvend ongeschikt is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan zijn in de polis genoemde beroep en van werkzaamheden, welke in overeenstemming zijn met zijn bekwaamheden en maatschappelijke positie.

Indien de wijze van vaststelling volgens a en b tot een verschillend percentage leidt, geldt het hoogste van deze percentages als basis voor de uitkering'.

2005/056 Med

Verzekeraar had niet mogen nalaten klager te wijzen op de mogelijkheid die de in dit artikel opgenomen keuzeclausule bood. Verzekeraar heeft in ieder geval in een situatie als de onderhavige een eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot de toepassing van de op de bij hem lopende verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden en hij dient in verband daarmee degene aan wie de uitkering ten goede komt te wijzen op de mogelijke rechten die deze aan de verzekering kan ontlenen. In zoverre heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad en is dit klachtonderdeel gegrond, zij het, nu alsnog afwikkeling heeft plaatsgevonden met toepassing van de keuzeclausule, zonder financiële consequenties voor verzekeraar.
5. De klacht zal dan ook gegrond worden verklaard voorzover deze het hiervoor onder 2 tot en met 5 vermelde handelen van verzekeraar betreft, zij het - nu alsnog afwikkeling heeft plaatsgevonden met toepassing van de keuzeclausule en verzekeraar ook overigens aan zijn verplichtingen heeft voldaan - zonder financiële consequenties voor verzekeraar, en ongegrond voorzover deze het hiervoor onder 1 vermelde handelen van verzekeraar betreft.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht deels gegrond, en deels ongegrond.

Aldus is beslist op 12 september 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)