RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/029 Med

i n d e k l a c h t nr. 2005.2949 (075.05)

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 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

De werkgeefster van klager heeft met ingang van 1 januari 1997 voor haar werknemers door tussenkomst van een makelaar in assurantiën bij verzekeraar een ongevallenverzekering gesloten. De verzekering voorziet onder meer in een uitkering bij blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeval. De verzekerde som bedraagt in dat geval 3x het jaarsalaris.

In artikel 5.9.0 van de op de verzekering van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden is bepaald:
'Vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit vindt plaats uiterlijk twee jaar na het ongeval of zoveel eerder als een blijvende toestand van de invaliditeit is komen vast te staan (…)'.

Op 27 mei 1997 heeft klager zijn heup gebroken bij een bedrijfsongeval.

De klacht

Het ongeval is aan de makelaar in assurantiën gemeld. Deze heeft de kwestie namens verzekeraar behandeld.

Een door de belangenbehartiger van klager als expert ingeschakelde orthopedisch chirurg heeft omtrent klager een rapport uitgebracht. Dit rapport is op 6 januari 2000 aan verzekeraar toegezonden, waarbij deze is verzocht de verzekering tot uitkering te laten komen.

Omdat een reactie van verzekeraar uitbleef, moest deze diverse malen aan de kwestie worden herinnerd.

Pas op 3 december 2001, dus na twee jaar, zond verzekeraar een brief met een berekening van de aan klager toekomende uitkering. Inmiddels was het bijna vijf jaar na het ongeval. Klager vindt dit klachtwaardig.

Klagers belangenbehartiger heeft op de brief geantwoord dat klager niet tegen kwijting kon afwikkelen gezien de kans op heupkopnecrose, en heeft voorts

meegedeeld dat verzekeraar vermoedelijk is uitgegaan van een lager jaarsalaris en dus een te laag verzekerd bedrag.

Op 4 januari 2002 startte een discussie met verzekeraar over het verzekerde bedrag. Volgens verzekeraar c.q. de makelaar was dit f 261.160,16, volgens klager f 296.553,-. Klagers belangenbehartiger moest aan verzekeraar enkele herinneringsbrieven sturen. Pas bij brief van 29 mei 2002 reageerde verzekeraar.

In deze brief deelde verzekeraar ook mee dat met een toekomstige toename van de blijvende invaliditeit van klager op grond van de polis geen rekening gehouden kon worden.

Verzekeraar verzocht verder om informatie over de wijze van berekenen door klager van zijn jaarsalaris. De berekeningswijze is op 16 juli 2002 aan verzekeraar toegestuurd. De berekening komt uit de Audaletrapportage, die is gebruikt in het overleg met een andere verzekeringmaatschappij over de aansprakelijkheid voor het ongeval. De discussie over de berekeningswijze duurde tot 9 december 2003. Toen ging verzekeraar akkoord met het door klager en Audalet gehanteerde jaarsalaris van klager en werd het verzekerde bedrag vastgesteld op € 133.208,54. Verzekeraar zegde aan klager een nabetaling toe van € 668,04.

De heupnecrose had zich inmiddels gemanifesteerd en klager werd wederom aan zijn heup geopereerd. Verzekeraar wilde echter geen nieuwe expertise. De uitleg van artikel 5.9.0 van de polis bleef een discussiepunt. Op 12 januari 2004 is verzekeraar erop gewezen dat klager in zijn mening over de uitleg van het polisartikel gesterkt wordt door een brief van de Ombudsman Verzekeringen.

Vervolgens moest verzekeraar wederom diverse malen aan de kwestie, waaronder ook het uitblijven van de betaling van het bedrag van € 668,04, worden herinnerd. Bij een herinneringsbrief van 4 oktober 2004 werd hem tevens een nieuw expertiserapport van de eerder rapporterende orthopedisch chirurg overgelegd. Deze arts kwam daarin uit op 30% blijvende invaliditeit van klager. Op 22 oktober 2004 deelde verzekeraar mee zijn standpunt te handhaven.

Op 9 november 2004 is uiteindelijk het bedrag van € 668,04 aan klager overgemaakt. Klager acht het klachtwaardig dat de betaling een jaar op zich heeft laten wachten. De bij herhaling gevraagde specificatie van het bedrag is nog steeds niet ontvangen, zodat niet nagegaan kan worden of het bedrag juist is en of rekening gehouden is met de volgens de polis verschuldigde rente. Ook moet conform de polis rente betaald worden over het bedrag zelve.

Bij brief van 18 januari 2005 deelde verzekeraar mee nader overleg te gaan voeren met zijn medisch adviseur. De uitkomst daarvan is klager ondanks herinneringsbrieven van 1 februari en 11 maart 2005 nog steeds niet bekend.

Klager is het vertrouwen in verzekeraar kwijt. Hij beklaagt zich over de zeer trage behandeling van de zaak en het steeds uitblijven van antwoord op brieven zijnerzijds. Hij beklaagt zich tevens erover dat verzekeraar de verslechterde toestand van klager als gevolg van het ongeval van 27 mei 1997, vastgelegd in de expertiserapporten van een onafhankelijk arts, niet wil meewegen.

<u>Het standpunt van verzekeraar</u>

Verzekeraar geeft een uitgebreid chronologisch overzicht. Samengevat gaat het om het volgende.

De discussie ging voornamelijk over het jaarsalaris en niet over het percentage blijvende invaliditeit. Gezien het geringe verschil heeft verzekeraar uiteindelijk klagers belangenbehartiger wat betreft het jaarsalaris gevolgd.

Klager is op 11 november 1999 op verzoek van zijn belangenbehartiger medisch gekeurd. Daarbij is 8% blijvende invaliditeit van het been vastgesteld.

2006/029 Med

Verzekeraar heeft dit overgenomen en dienovereenkomstig aan klager uitkering gedaan.

Toen de medisch adviseur van verzekeraar zijn advies uitbracht, was sprake van een relatieve eindtoestand. In de loop van de tijd zou nog een verminderde doorbloeding van de heupkop kunnen ontstaan met een versterf ervan. Deze complicatie kan 3 tot 5 jaar na een ongeval optreden. Daarvoor waren tijdens de keuring op 11 november 1999 echter geen aanwijzingen. De medisch adviseur geeft aan dat dit in het kader van de ongevallenverzekering ook niet belangrijk is.

Een jaar na de vaststelling van de blijvende invaliditeit op 11 november 1999 was nog geen sprake van een hoger percentage blijvende invaliditeit. Wel zou klager in mei 2000 nog zijn gezien door de behandelend specialist omdat het slechter ging. Op 20 juli 2001 (anderhalf jaar na de vaststelling van blijvende invaliditeit) is klager wederom gezien door de behandelend specialist. Klager zou over anderhalf jaar weer voor controle en röntgenonderzoek worden gezien. In juli 2002 ging het nog slechter en werd contact met de specialist opgenomen. Toen (twee jaar na het vaststellen van de blijvende invaliditeit) was nog geen sprake van het plaatsen van een nieuwe heupprothese. Deze is geplaatst op 11 februari 2003 (ruim 6 jaar na het ongeval).

Over de periode van 22 januari 2002, toen werd uitgekeerd, tot juli 2003 is niet meer gesproken over verhoging van het percentage blijvende invaliditeit wegens verslechtering van de situatie.

Pas op 15 juli 2003 - zes jaar na het ongeval en vier jaar na de medische keuring - ontving verzekeraar bericht dat klager weer was geopereerd aan zijn heup. Hierdoor zou het invaliditeitspercentage waarschijnlijk zijn toegenomen. Op 11 november 2003 stelde de medisch adviseur van klagers belangenbehartiger dat sprake is van 15% blijvende invaliditeit van klager. Op 6 oktober 2004 gaf de belangenbehartiger aan dat sprake is van 30% blijvende invaliditeit van klager.

Klager wijst op artikel 5.9.0 van de polisvoorwaarden en een brief van de Ombudsman Verzekeringen. De brief betreft echter een zaak die niet met de onderhavige vergelijkbaar is. In die zaak stond al een operatie gepland kort na de vaststelling van de blijvende invaliditeit. In klagers geval diende deze situatie zich pas aan in 2003 en was deze niet te voorzien ten tijde van de medische keuring.

Op grond van de AMA Richtlijnen die door alle verzekeraars worden geaccepteerd en een drempel hanteren van 3%, blijft verzekeraar van mening dat een verslechtering van 3% of meer die kan worden voorzien binnen één jaar na vaststelling van de blijvende invaliditeit, dient te worden meegenomen in deze vaststelling. Een periode van vijf jaar of langer komt dan ook niet in aanmerking. Soms is zelfs te voorzien dat de situatie verslechtert over tien tot twintig jaar.

Wegens de in artikel 5.9.0 genoemde termijn van vaststelling is de intentie na twee jaar ongeacht de medische situatie uitkering te doen en de kwestie af te sluiten. Het polisartikel is in de verzekeringsmarkt niet ongebruikelijk.

In de periode van 11 november 1999 tot 11 november 2000 hebben geen forse wijzigingen (3% of meer) in de toestand van klager plaatsgevonden. Als zodanige wijzigingen wel binnen een jaar na de vaststelling van de invaliditeit hebben plaatsgevonden, dan zou verzekeraar tot aanvullende uitkering bereid zijn.

De medisch adviseur wil graag een machtiging door klager ontvangen voor het opvragen van de medische informatie, en een en ander kortsluiten met de behandelend specialist.

2006/029 Med

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. De zeer trage behandeling van zijn zaak door verzekeraar is klachtwaardig. Verzekeraar moet naar het hogere percentage blijvende invaliditeit uitkeren. Immers, reeds op 19 november 1999 rapporteerde de als expert ingeschakelde orthopedisch chirurg dat er aanwijzingen waren voor kopnecrose. Bovendien moet verzekeraar rente betalen over het bedrag van € 668,04. Zonder belangenbehartiger had klager de discussie met verzekeraar niet tot een goed eind gebracht. Verzekeraar heeft wanprestatie geleverd en dient op grond daarvan de buitengerechtelijke kosten van klager te vergoeden.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

Het oordeel van de Raad

1. De klacht stelt de vraag aan de orde of verzekeraar, nadat hij uitgaande van het rapport van de door de belangenbehartiger van klager als expert ingeschakelde orthopedisch chirurg tot uitkering was overgegaan op basis van 8% blijvende invaliditeit van het been van klager, tot een aanvullende uitkering gehouden is wegens toename van de blijvende invaliditeit van klager als gevolg van de later opgetreden heupkopnecrose.
2. Blijkens het hierboven onder Inleiding geciteerde artikel 5.9.0 van de verzekeringsvoorwaarden geschiedt de vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit uiterlijk twee jaar na het ongeval of zoveel eerder als een blijvende toestand van de invaliditeit is komen vast te staan.
3. Verzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat gelet op het bepaalde in artikel 5.9.0 uiterlijk twee jaar na het ongeval de mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld, (in beginsel) zonder rekening te houden met goede en kwade kansen op herstel, maar dat als, conform hetgeen in de AMA-normen is bepaald, binnen een jaar na vaststelling van de blijvende invaliditeit te verwachten is dat de mate van blijvende invaliditeit met meer dan 3% zal verslechteren, de uitkering wordt verhoogd.
4. Artikel 5.9.0 bepaalt niet uitdrukkelijk hoe de vaststelling van de uitkering voor blijvende invaliditeit geschiedt, met name niet of en zo ja in hoeverre bij de vaststelling al of niet te voorziene kansen op verbetering of verslechtering van de mate van blijvende invaliditeit worden verdisconteerd. De Raad acht in het onderhavige geval niet onverdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat hij niet alsnog tot een hogere uitkering krachtens de onderhavige verzekering gehouden is. Niet onverdedigbaar is het standpunt van verzekeraar dat hij krachtens het bepaalde in artikel 5.9.0 de blijvende invaliditeit mag vaststellen naar de situatie van het moment van vaststellen, zonder rekening te houden met mogelijke veranderingen ten goede of ten kwade. Wel verdient het aanbeveling dat verzekeraar de onderhavige polisbepaling in dit opzicht duidelijker redigeert. Niet onverdedigbaar is voorts het standpunt van verzekeraar dat binnen een jaar na het na twee jaar vaststellen van de uitkering voor blijvende invaliditeit niet te verwachten was dat de mate van blijvende invaliditeit met meer dan 3% zou verslechteren. Verzekeraar heeft dan ook door aan klager een hogere uitkering wegens toegenomen blijvende invaliditeit te ontzeggen, de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad. In zoverre is de klacht ongegrond.
5. Uit de aan de Raad overgelegde stukken komt naar voren dat verzekeraar de claim van klager met veel te weinig voortvarendheid heeft behandeld. Met name moest verzekeraar een aantal malen eraan worden herinnerd dat hem toegezonden brieven nog niet waren beantwoord en voorts is betaling van de toegezegde aanvullende uitkering van € 668,04 aan klager veel te lang uitgebleven. Door dit gebrek aan

voortvarendheid heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad. In zoverre is de klacht gegrond. Aan de gegrondverklaring verbindt de Raad voor verzekeraar als consequentie dat deze de wettelijke rente over het bedrag van € 668,04 behoort te vergoeden vanaf het moment waarop hij de uitkering ervan heeft aangekondigd (bij brief van 9 december 2003 aan de belangenbehartiger van klager) tot het moment waarop klager het bedrag heeft ontvangen.

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

Aldus is beslist op 10 april 2006 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, 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)