RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/083 WA

i n d e k l a c h t nr. 2005.1692 (044.05)

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

Klager is van augustus 2001 tot 12 augustus 2002 werkzaam geweest bij het bij verzekeraar verzekerde bedrijf. Zijn werkzaamheden bestonden uit het ophalen van 'afgedood' biologisch materiaal bij diverse laboratoria. Klager vervoerde dit materiaal naar een autoclaafruimte teneinde het te laten steriliseren. Op 12 augustus 2002 is klager met ernstige ademhalingsproblemen uitgevallen. Als diagnose werd uiteindelijk astma bronchiale met enige hyperreactiviteit gesteld. Op 3 juli 2003 heeft klager verzekeraar aansprakelijk gesteld voor de door hem geleden en nog te lijden schade als gevolg van de blootstelling aan biologische agentia tijdens de door hem verrichte werkzaamheden.

De klacht

A. De behandeling van de, al vanaf maart 2003 bij verzekeraar bekende schade, is door verzekeraar van het begin af aan ernstig vertraagd. Van een actieve, voortvarende behandeling is geen sprake. Over mogelijke redenen van de vertragingen werd klagers advocaat niet geïnformeerd en zijn verzoeken om informatie werden niet beantwoord. In het bijzonder had verzekeraar moeten reageren op het bij brief van 9 november 2004 door klagers advocaat gedane verzoek om uitleg ten aanzien van de door het door verzekeraar ingeschakelde expertisebureau te onderzoeken aspecten.

Verzekeraar heeft weliswaar excuses aangeboden voor het feit dat het dossier in de periode juni tot en met oktober 2004 te lang is blijven liggen en voor het feit dat klagers advocaat onvoldoende was geïnformeerd maar heeft ten onrechte alle overige forse vertragingen van zijn kant ontkend daarbij verwijzend naar één vertraging aan de zijde van klager.

B. De wijze waarop verzekeraar de onderhavige zaak heeft behandeld, is niet adequaat. Aan een serieuze dialoog over de vraag of het feitencomplex en het

toepasselijke recht tot aansprakelijkheid nopen, wordt niet toegekomen. De brief van 1 februari 2005 waarin verzekeraar zijn standpunt inzake aansprakelijkheid en de aspecten die voor nader onderzoek door het expertisebureau in aanmerking komen heeft verwoord, had verzekeraar reeds in 2003 behoren te versturen. Door de wijze waarop de onderhavige aansprakelijkstelling wordt behandeld, jaagt verzekeraar klager op kosten.

Door klagers advocaat is op 15 juni 2004 aan verzekeraar het verzoek gedaan om - op kosten van verzekeraar - de medische aandoening van klager en de relatie daarvan tot diens werk door een deskundige in kaart te laten brengen. Op dit verzoek heeft verzekeraar nimmer gereageerd. Het is niet redelijk meer dat verzekeraar twintig maanden nadat de schade bekend is geworden een expertisebureau inschakelt om de schade vast te stellen. Dit onderzoek had verzekeraar reeds in 2003 kunnen en behoren te verrichten. De door verzekeraar achtereenvolgens gevoerde - en onderling soms zelfs tegenstrijdige - weren zijn ook niet verdedigbaar.

Klager wenst dat verzekeraar alle aan het voeren van de onderhavige klachtprocedure verbonden kosten voor zijn rekening zal nemen.

Het standpunt van verzekeraar

Ad A: vertraagde behandeling

Voor de vertraging ontstaan in de periode juni tot en met oktober 2004 heeft verzekeraar al excuses aangeboden. Ook heeft verzekeraar al excuses aangeboden voor het feit dat hij klagers advocaat niet heeft geïnformeerd over de stand van zaken ter zake van het verzamelen van informatie over de achtergronden van de claim.

Voorzover klager zich beklaagt over het niet reageren door verzekeraar op verzoeken tot informatie, geldt dat klager (medische) informatie dient te verstrekken, alsmede medewerking dient te verlenen aan het nadere onderzoek van het ingeschakelde expertisebureau. Klager dient immers aan te tonen dat hij schade heeft geleden en dat deze schade is ontstaan in de uitoefening van zijn functie. Op het door het expertisebureau op 9 november 2004 gedane verzoek om de benodigde medische informatie aan haar medisch adviseur te zenden, heeft klagers advocaat nimmer gereageerd.

Ad B: bewijslast en kosten

In klachtonderdeel B geeft klager aan dat hij van mening is dat verzekeraar het aantonen van de medische aandoening van klager en de relatie met diens werk dient te bekostigen. Slechts op die voorwaarde is klager bereid aan een onderzoek mee te werken. Klager gaat er hier echter ten onrechte van uit dat de bewijslast in deze op de werkgever rust. De stelplicht en bewijslast omtrent de schade berust ex art. 150 RV onverkort op de werknemer. Klager moet dus aantonen dat hij schade heeft geleden en dat deze schade is ontstaan in de uitoefening van zijn functie. Indien en nadat dat vaststaat komt de vraag naar de zorgplicht van de werkgever aan de orde. Eerst dan dient de werkgever te bewijzen dat hij zijn veiligheidsverplichtingen is nagekomen of dat de nakoming van die verplichtingen het ongeval toch niet zou hebben voorkomen, dan wel dat de schade in belangrijke mate het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

Klager heeft tot op heden niet aan zijn bewijslast voldaan. Klager heeft slechts gesteld dat zijn longarts zou hebben gezegd dat het heel goed mogelijk is dat er een relatie is tussen klagers klachten en zijn werkzaamheden bij de werkgever. Zolang klager weigert relevante medische informatie over te leggen, moet het er

voor gehouden worden dat die informatie bevestigt dat enig verband tussen de gestelde klachten en de werkzaamheden ontbreekt.
Voor zover klager kosten heeft moet maken om zijn aansprakelijkstelling te onderbouwen ziet verzekeraar niet in waarom dit onredelijk zou zijn. Daarnaast ziet verzekeraar niet in op welke wijze hij klager op kosten zou jagen.

Het commentaar van klager
Naar aanleiding 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. Uit de aan de Raad overgelegde stukken komt naar voren dat verzekeraar de claim van klager niet met die voortvarendheid heeft behandeld die van hem vanuit een oogpunt van de goede naam van het verzekeringsbedrijf had mogen worden verwacht. Met name heeft verzekeraar veel te lang gewacht met het inschakelen van een expert. Bij brief van 20 februari 2003 heeft klagers advocaat de verzekerde op de hoogte gesteld van klagers klachten en aangegeven dat er volgens klager een verband tussen het ontstaan van die klachten en de door klager verrichte werkzaamheden bij de verzekerde bestond. Van deze brief was verzekeraar in ieder geval in april 2003 op de hoogte. Door niettemin te wachten tot november 2004 met het inschakelen van een expertisebureau heeft verzekeraar de schadeafwikkeling ernstig vertraagd. De omstandigheid dat verzekeraar voor de vertraging ontstaan in de periode juni tot en met oktober 2004 zijn excuses heeft aangeboden, neemt niet weg dat de goede naam van het verzekeringsbedrijf door het gebrek aan voortvarendheid is geschaad. In zoverre is de klacht gegrond.
2. Verzekeraar dient zich te gedragen naar het bepaalde in de Brochure Schaderegelingsbeleid van het Verbond van Verzekeraars. Hierin is onder meer bepaald dat de verzekeraar met name bij een claim over personenschade het slachtoffer op de hoogte moet houden van de stand van zaken in de behandelingsprocedure. Uit de aan de Raad overgelegde stukken blijkt dat verzekeraar daaraan niet heeft voldaan.
Wat betreft de communicatie heeft de Raad ook verder nog geconstateerd dat verzekeraar op door klagers advocaat gedane verzoeken om informatie veelvuldig niet, dan wel niet tijdig, heeft gereageerd. De omstandigheid dat verzekeraar zijn excuses heeft aangeboden voor het feit dat hij klagers advocaat niet op de hoogte heeft gehouden van de stand van zaken neemt niet weg dat de goede naam van het verzekeringsbedrijf hierdoor is geschaad. Ook in zoverre is de klacht gegrond.
3. Voorzover klager zich er over beklaagt dat verzekeraar klager had moeten informeren omtrent de door het expertisebureau te onderzoeken aspecten merkt de Raad op dat verzekeraar daartoe niet gehouden was, zodat de klacht in zoverre ongegrond is.
4. Voorzover klager verzekeraar voorts nog verwijt dat hij niet heeft gereageerd op het door klagers advocaat op 15 juni 2004 gedane voorstel gezamenlijk een medisch onderzoek te doen plaatsvinden, merkt de Raad op dat, hoewel ook hier de communicatie door verzekeraar is tekortgeschoten, een dergelijk onderzoek op dat moment geen zin had omdat klager weigerde de relevante medische stukken over te leggen. Zolang klager dit weigert is het voor verzekeraar niet mogelijk de schade-behandeling weer in gang te zetten. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.
5. Aan de Raad is overgelegd de brief van verzekeraar aan klagers advocaat van 1 februari 2005 (drie weken vóór indiening van de klacht) waarin verzekeraar uitvoerig inhoudelijk reageert op de aansprakelijkstelling. Niet gegrond is dan ook het verwijt dat

door de wijze van behandeling van deze zaak door verzekeraar aan een serieuze dialoog over de vraag of het feitencomplex en het toepasselijke recht tot aansprakelijkheid nopen, niet is toegekomen.
6. Klager heeft vergoeding gevraagd van de door hem in het kader van de onderhavige klachtprocedure gemaakte kosten. Zoals de Raad op 30 augustus 2004 in zijn uitspraak Nr. 2004/61 Mo reeds heeft geoordeeld kan een tuchtrechtelijke procedure als de onderhavige in het algemeen niet worden aangemerkt als een redelijke maatregel ter vaststelling van aansprakelijkheid, zodat, behoudens bijzondere omstandigheden, niet kan worden gezegd dat de kosten daarvan redelijke kosten zijn ter vaststelling van aansprakelijkheid als bedoeld in artikel 6:96 lid 2, onder b Burgerlijk Wetboek. Nu bedoelde bijzondere omstandigheden in de onderhavige zaak ontbreken, is er geen aanleiding aan gegrondbevinding van de klacht de consequentie te verbinden dat verzekeraar de kosten gemaakt in het kader van deze klachtprocedure voldoet.
7. De klacht zal dan ook gegrond worden verklaard voor zover deze het hiervoor onder 1 en 2 vermelde handelen van verzekeraar betreft, en ongegrond voor zover deze het hiervoor onder 3 tot en met 5 vermelde handelen van verzekeraar betreft.

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

Aldus is beslist op 12 december 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)