Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-503
(mr. B.F. Keulen, voorzitter en mr. J.J. Guijt, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 24 januari 2018
Ingediend door	: Consument
Tegen	: AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's- Gravenhage, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak	: 22 juli 2019
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies

Samenvatting

Autoverzekering. Consument is betrokken geraakt bij een aanrijding waarbij een bestuurder van een auto (hierna: de tegenpartij) de auto van Consument van achteren heeft aangereden waardoor Consument letsel heeft opgelopen. Consument heeft de schade gemeld bij Verzekeraar en bij de WAM-verzekeraar van de tegenpartij. Consument beklaagt zich erover dat Verzekeraar de door haar geleden letselschade op onzorgvuldige wijze heeft behandeld en voert daartoe diverse argumenten aan. Tussen partijen staat vast dat Verzekeraar de behandeling van het dossier op verzoek van Consument heeft overgedragen aan de WAM-verzekeraar van de tegenpartij en dat Consument inmiddels met die WAM-verzekeraar een vaststellingsovereenkomst heeft gesloten met betrekking tot haar letselschade. Nu met het sluiten van de vaststellingsovereenkomst Consument heeft ingestemd met de te vergoeden schade met betrekking tot het haar overkomen ongeval, behoeven de klachtonderdelen voor zover die betrekking hebben op het verstrekken van (voorschotten op de) uitkeringen geen bespreking meer. De ter zitting door Consument aan zijn vordering ten grondslag gelegde nieuwe onderbouwing is door de Commissie als tardief gepasseerd. De Voorzitter van de Commissie heeft van de klachtonderdelen die betrekking hebben op de wijze waarop Verzekeraar de letselschadeclaim heeft behandeld melding gedaan aan de Tuchtraad.

1. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met bijlagen:

- het namens Consument ingezonden klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek; en
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 1 juli 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1 Consument heeft bij Verzekeraar een allrisk autoverzekering inclusief bestuurder- en inzittendendekking. Van toepassing zijn de voorwaarden Aegon Autoverzekering nr. 1413.

2.2 Op 21 augustus 2016 zijn Consument en haar gezinsleden betrokken geraakt bij een aanrijding waarbij een bestuurder van een auto (hierna: de tegenpartij) de auto van Consument van achteren heeft aangereden. Consument heeft hierbij een kneuzing van de nek- en rugspieren opgelopen.

2.3 Consument heeft op 23 augustus 2016 de schade bij Verzekeraar gemeld en hem het aanrijdingsformulier toegezonden. In haar e-mailbericht heeft Consument vermeld dat zij whiplashklachten ervaart. Verzekeraar heeft Consument hierop medegedeeld de door haar gemelde letselschade te zullen behandelen op de schadeverzekering voor inzittenden en haar een brochure over de behandeling van letselschade toegezonden. Voorts heeft Verzekeraar Consument verzocht om telefonisch contact.

2.4 Op 25 augustus 2016 heeft telefonisch contact tussen Verzekeraar en Consument plaatsgevonden. Verzekeraar heeft dit telefoongesprek bij e-mailbericht van diezelfde dag schriftelijk aan Consument bevestigd. Hierin staat onder meer dat Verzekeraar Consument heeft medegedeeld dat zij voor de eerste zes weken een voorschot van totaal € 1.944,- ontvangt als tegemoetkoming voor het inschakelen van huishoudelijke hulp en dat Verzekeraar over zes weken contact met haar opneemt om te informeren naar haar herstel.

2.5 Bij brief van 7 september 2016 heeft de gemachtigde van Consument de verzekeraar van de tegenpartij aansprakelijk gesteld voor de schade die Consument heeft geleden en nog zal lijden als gevolg van de aanrijding. De verzekeraar van de tegenpartij heeft bij e-mailbericht van 13 september 2016 medegedeeld dat hij de schade in behandeling heeft genomen.

2.6 Bij e-mailbericht van 23 september 2016 heeft de gemachtigde van Consument zich bij Verzekeraar als belangenbehartiger gemeld en Verzekeraar - voor zover hier relevant - het volgende medegedeeld:

"Op 7 september jl. heb ik [de verzekeraar van de tegenpartij] aangeschreven, met het verzoek aansprakelijkheid te erkennen en cliënte een voorschot op de schade te doen toekomen. (…)
[De verzekeraar van de tegenpartij] deelde mij heden telefonisch mede dat u eveneens de schade van cliënte verhaalt. [De verzekeraar van de tegenpartij] wenst niet met twee partijen te corresponderen, hetgeen ook niet in het belang is van cliënte. [De verzekeraar van de tegenpartij] heeft wel aangeven dat zij bereid zijn om ook cliënte haar kosten in verband met mijn honorarium mee te nemen in de schade-afwikkeling.

Ik zal mij in het vervolg onthouden van het corresponderen met [naam verzekeraar van de tegenpartij]. In dit verband verzoek ik u om mij wél op de hoogte te houden van de schade-afwikkeling en mij de correspondentie aan en met cliënte in kopie te doen toekomen. Voorts verzoek ik u om mijn honorarium mee te nemen in de vordering en hieromtrent te zijner tijd met mij in overleg te treden.
(…)."

2.7 Verzekeraar heeft de gemachtigde van Consument bij e-mailbericht van 27 september 2016 onder meer medegedeeld dat hij de letselschade van Consument op de schadeverzekering voor inzittenden in behandeling heeft genomen.

2.8 Bij e-mailbericht van 17 oktober 2016 heeft Verzekeraar de gemachtigde van Consument het volgende medegedeeld:

"(…)
Afgelopen woensdag spraken wij over de schade van mijn verzekerde (..) en haar man. Wij spraken af dat u met haar uw rol in de schade zou bespreken. Zojuist belde zij mij over de schade.

WILT U MIJ BEVESTIGEN WAT UW TAAK IN DEZE IS?
Zoals wij woensdag bespraken, is het gebruikelijk dat een advocaat of wel of niet de schade in behandeling neemt. Mevrouw gaf vanmorgen aan dat u van een afstand de schade volgt en hier en daar inspringt. Dit is uiteraard niet de bedoeling. Op die manier moet mevrouw haar contacten met u en met [Verzekeraar] onderhouden. Dit is lichamelijk en psychisch belastend en gezien haar huidige situatie niet wenselijk. Daarbij kan er een discussie bestaan over de vergoeding van uw kosten in het kader van 6:96 BW waarvan mevrouw uiteindelijk de dupe is.

Ik ontvang graag uw reactie over uw aandeel in deze kwestie. (..)"

2.9 Op 23 november 2016 heeft telefonisch contact tussen Verzekeraar en Consument plaatsgevonden. Verzekeraar heeft Consument bij e-mailbericht van diezelfde dag het telefoongesprek schriftelijk bevestigd. Hierin staat onder meer dat besproken is dat de echtgenoot van Consument inmiddels is hersteld en dat Verzekeraar als smartengeld een vergoeding van € 750,- voorstelt. Voorts heeft Verzekeraar vermeld dat Consument helaas nog geen verbetering ervaart en dat voor de komende zes weken een vergoeding zal worden verstrekt voor vier uren huishoudelijke hulp in de week.

Daarnaast vermeldt Verzekeraar dat een schaderegelaar van Cordaet voor een bezoek langs zal komen om een duidelijk beeld te krijgen van de klachten en de schade van Consument.

2.10 Op 5 december 2016 heeft een schaderegelaar van Cordaet Consument thuis bezocht. Consument heeft tijdens dit bezoek medische machtigingen ondertekend.

2.11 Bij brief van 20 december 2016 heeft Verzekeraar Consument het door de schaderegelaar van Cordaet opgestelde bezoekrapport toegezonden met het verzoek eventuele onjuistheden door te geven. Daarnaast heeft Verzekeraar Consument in voornoemde brief medegedeeld een aanvullende vergoeding van € 810,- te zullen verstrekken in verband met vergoeding voor hulp bij de verzorging van haar kinderen gedurende 3 uur per week over de periode van augustus 2016 tot februari 2017.

2.12 Bij e-mailbericht van 30 december 2016 heeft de gemachtigde van Consument Verzekeraar medegedeeld dat Consument hem wederom had verzocht haar belangen te behartigen. Voorts deelde hij mede dat Consument en haar gezin inmiddels geen inkomen meer hadden omdat de echtgenoot van Consument inmiddels ook ziek was geworden waardoor hij niet aan zijn nieuwe baan kon beginnen. De gemachtigde van Consument verzocht om toekenning van een voorschot conform een bij zijn e-mailbericht gevoegde concept schade-staat en vergoeding van zijn honorarium volgens een bijgevoegde uren-verantwoording. De voorlopige schadeopstelling in deze schadestaat bedraagt € 20.090,58; de gevorderde urenvergoeding voor de kosten buiten rechte bedraagt € 2.502,24.

2.13 Verzekeraar heeft de gemachtigde van Consument hierop bij e-mailbericht van 16 januari 2017 medegedeeld dat hij zowel correspondentie van Consument zelf als van hem als haar gemachtigde ontvangt en dat daardoor zijn rol als gemachtigde niet duidelijk is. Hij heeft medegedeeld een lastgevingsovereenkomst te willen ontvangen in geval de gemachtigde de belangen van Consument nog behartigt en alleen in dat geval bereid te zijn om de redelijke kosten van rechtsbijstand te vergoeden. Tevens heeft Verzekeraar Consument hierover geïnformeerd. Consument heeft Verzekeraar diezelfde dag bevestigd dat de gemachtigde door haar is benaderd om haar belangen te behartigen en dat zij graag wil dat Verzekeraar verder met hem correspondeert over haar zaak.

2.14 Verzekeraar heeft vervolgens bij e-mailbericht van 17 januari 2017 gereageerd op de door de gemachtigde van Consument gezonden concept-schadestaat en de urenverantwoording voor kosten buiten rechte. Verzekeraar heeft - kort gezegd - medegedeeld dat Consument niet € 12.000,- aan verlies aan verdienvermogen kan vorderen omdat het uitvallen van haar echtgenoot voor zijn werk los staat van het Consument overkomen ongeval. Wat betreft de door Consument gevorderde vergoeding voor smartengeld en verlies aan zelfwerkzaamheid heeft Verzekeraar om een nadere toelichting gevraagd.

Daarnaast heeft Verzekeraar de door hem reeds toegekende vergoeding voor huishoudelijke hulp nader toegelicht. Verzekeraar heeft ook een voorlopige schadeopstelling bijgevoegd. De schade wordt door Verzekeraar voorlopig begroot op € 6.253,58. Verzekeraar heeft medegedeeld diezelfde dag nog een bedrag van € 1.158,74 aan voorschot te zullen overmaken waarmee totaal € 7.000,- aan voorschot aan Consument is voldaan. Met betrekking tot de namens Consument gevorderde buitengerechtelijke kostenvergoeding heeft Verzekeraar medegedeeld dat de gevorderde kosten niet voldoen aan de dubbele redelijkheidstoets. Hij heeft medegedeeld € 750,- aan voorschot op de kosten buiten rechte te zullen voldoen. Voorts heeft Verzekeraar medegedeeld dat de door Consument ondertekende medische machtigingen inmiddels zijn doorgestuurd naar zijn medisch adviseur voor commentaar en dat hij na ontvangst van het eerste advies contact met de gemachtigde van Consument zal opnemen.

2.15 De gemachtigde van Consument heeft bij e-mailbericht van 17 februari 2017 op het e-mailbericht van Verzekeraar van 17 januari 2017 gereageerd en nieuwe facturen toegezonden. Bij e-mailbericht van 28 februari 2017 heeft de gemachtigde van Consument Verzekeraar gerappelleerd en verzocht voor 5 maart 2017 te reageren op zijn eerdere e-mailbericht. Bij dit e-mailbericht heeft de gemachtigde van Consument wederom facturen gevoegd. Bij e-mailbericht van 9 maart 2017 heeft de gemachtigde van Consument Verzekeraar nogmaals gerappelleerd en wederom een nieuwe factuur toegezonden.

2.16 Bij e-mailbericht van 29 maart 2017 heeft Verzekeraar op het e-mailbericht van de gemachtigde van Consument van 17 februari 2017 gereageerd. Verzekeraar heeft twee medische adviezen van zijn medisch adviseur bijgevoegd en zich op het standpunt gesteld dat, gelet op die adviezen en de preexistente problematiek van Consument, sprake is geweest van tijdelijke klachten en dat een medische eindsituatie eind november 2016 is bereikt. Verzekeraar heeft nog aanvullend € 750,- aan buitengerechtelijke incassokostenvergoeding voldaan en zich op het standpunt gesteld dat hiermee de redelijke kosten van rechtsbijstand zijn vergoed. Met betrekking tot de door Consument gevorderde vergoeding voor huishoudelijke hulp heeft Verzekeraar het volgende vermeld:

"(…)
U stelt nu dat doordat haar man ook ziek is geworden zij met het aantal uren niet uitkomt en dat zij een verhoging van het aantal uren HHH wenst (..). Mag ik u erop wijzen dat de ziekte van de man niets met het ongeval te maken heeft en ik niet ga bekostigen.
(…)."

2.17 In zijn e-mailbericht van 1 mei 2017 heeft de gemachtigde van Consument hierop gereageerd. Hierin staat – voor zover hier relevant – het volgende:

"Verlies aan verdienvermogen en medische adviezen:
Alvorens te reageren op het gestelde in uw email (…) aangaande deze onderwerpen, wenst cliënte een afschrift te ontvangen van alle correspondentie tussen de behandelaars en de medische adviseur alsmede alle correspondentie tussen Aegon en de medische adviseur. Ik verzoek u mij deze informatie omgaand te doen toekomen. (…)

Smartengeld:
U gaat niet in op mijn reactie. Ik verzoek u dit alsnog te doen.

Verlies aan zelfwerkzaamheid:
Zoals ik u reeds mededeelde heeft cliënte een huurwoning met tuin. Het gaat om tuinonderhoud, reparatiewerkzaamheden in en aan de woning, behangen en schilderen. Zoals ik u reeds mededeelde heb ik circa 90% van het normbedrag aangehouden.

Huishoudelijke hulp:
Cliënte blijft bij haar verzoek tot verhoging van de vergoeding naar 3 uur per dag. Deze verhoging staat los van de ziekte van haar man. (..) Ik neem aan dat u niet persoonlijk deze kosten gaat bekostigen. Uw opmerking: "en ik niet ga bekostigen" kan ik deswege niet plaatsen en geeft een zekere vooringenomenheid weer. Ook is cliënte niet te spreken over de reactietermijn die u hanteert. Ik heb u driemaal moeten aanschrijven voordat u reageert. Cliënte verzoekt dan ook om een andere schadebehandelaar. (…)
(…)

Informatie-verstrekking:
Cliënte heeft vernomen dat er op 26 september 2016 door Aegon omtrent onderhavige zaak telefonisch informatie is ingewonnen en verstrekt aan de gemeente (…). Gaarne verneem ik van u of dit juist is. Zo ja, waarom is cliënte hieromtrent niet geïnformeerd en welke informatie is ingewonnen en verstrekt.
(..)."

2.18 Bij e-mailbericht van 23 mei 2016 heeft Verzekeraar de gemachtigde van Consument - voor zover hier relevant - het volgende medegedeeld:

"(…)
Ik heb de medische machtiging naar mijn medisch adviseur toegestuurd met het verzoek om de informatie naar u te sturen. De correspondentie tussen Aegon en de medisch adviseur bestaat uit het doorsturen van machtigingen incl bezoekrapport van Cordaet met het verzoek om te adviseren. Ik zie geen enkele reden waarom u afschriften hiervan zou moeten ontvangen.
(..)

Gemeente (..)
Wij hebben op 26 september 2016 geen contact met de gemeente (…) opgenomen.

Smartengeld
U noteert € 5.000,- en gaat uit van dat uw cliënte ten gevolge van het ongeval al maanden ziek is. Zij heeft diverse medische onderzoeken ondergaan. Zij kan niet voor haar gezin zorgen en ook niet zelf een hoger inkomen genereren vanwege haar ziekte.
Gelet op het advies van mijn medisch adviseur ga ik uit van tijdelijke klachten en beperkingen tm uiterlijk eind november 2016. Een periode van 3 maanden. Kijkend naar bv de smartengeld richtlijn lichtletsel cat tussen € 550 en 1650,-. Er is € 1.250,- bevoorschot dit lijkt mij redelijk.

De BGK
Op dit moment is er aan persoonlijke schade € 8.000,- betaald en € 1.500,- op de bgk. U komt nu op een bgk van € 2.601,35 + € 2.180,18 totaal € 4.781,53. In verhouding is dit bijna 60% van de schade. De verhouding is compleet scheef ik heb al meer dan 15% vergoed. Ik zie geen ruimte voor een aanvullend voorschot.
(…).”

2.19 Consument heeft de WAM-verzekeraar van de tegenpartij bij brief van 28 november 2017 verzocht de schade verder in behandeling te nemen en Verzekeraar verzocht de behandeling van de letselschade aan de WAM-verzekeraar van de tegenpartij over te dragen. Vervolgens heeft Verzekeraar omstreeks 12 december 2017 de behandeling van de letselschade gestaakt en overgedragen aan de WAM-verzekeraar van de tegenpartij.

2.20 Verzekeraar heeft de door hem aan Consument betaalde schade ad totaal € 8.000,- op de WAM-verzekeraar van de tegenpartij verhaald.

2.21 Omstreeks mei 2019 heeft Consument ter zake van de letselschade een vaststellings-overeenkomst met de WAM-verzekeraar van de tegenpartij gesloten.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument
3.1 Consument vordert onder de dekking van haar schadeverzekering inzittenden vergoeding van de door haar geleden schade en gemaakte buitengerechtelijke kosten, door haar begroot op totaal € 35.000,-, vermeerderd met wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor
3.2 Deze vordering steunt op de grondslag dat Verzekeraar de door Consument geleden letselschade op onzorgvuldige wijze heeft behandeld. Consument voert de volgende argumenten aan.

(1) Verzekeraar heeft de schade ten onrechte onder de Verzekering van Consument in behandeling genomen en niet verhaald op de WAM-verzekeraar van de tegenpartij.

(2) Het is, anders dan Verzekeraar stelt, niet gebruikelijk dat de eigen verzekeraar de letselschade van de verzekerde in behandeling neemt. Bovendien heeft Consument met het aansprakelijk stellen van de WAM-verzekeraar van de tegenpartij te kennen gegeven dat zij geen beroep op haar eigen verzekering wilde doen, maar de schade op de verzekeraar van de tegenpartij wilde verhalen. Verzekeraar heeft nagelaten Consument duidelijk en volledig voor te lichten en een ondubbelzinnige keuze te laten maken over de vraag of de schade onder haar eigen verzekering in behandeling moest worden, dan wel moest worden verhaald op de WAM-verzekeraar van de tegenpartij. Doordat de schade op de eigen verzekering van Consument in behandeling is genomen, is een aanvraag van Consument voor een andere verzekering geweigerd.

(3) Verzekeraar heeft ten onrechte het door Consument gevorderde bedrag aan verlies van verdienvermogen afgewezen. Consument was voor het ongeval een gezonde vrouw met een goede opleiding. Het ongeval wegdenkend had ze nu een goede baan kunnen hebben. Dat ze in het verleden een WW-uitkering ontving en vanaf 2015 een bijstandsuitkering doet niet ter zake. Bewijsstukken overleggen van eerdere sollicitaties, afwijzingen, functies en salarisschalen is eveneens niet aan de orde. Gekeken moet worden naar de mogelijkheden van Consument voor nu en in de toekomst. Ten onrechte stelt Verzekeraar zich op het standpunt dat eind november 2016 een medische eindsituatie is bereikt en dat de huidige klachten niet zijn te verklaren en ook niet aan het ongeval zijn toe te wijzen. Consument verwijst naar de brief van de huisarts van 27 september 2017 waaruit volgt dat Consument nog veel hinder ondervindt van haar klachten.

(4) Verzekeraar heeft Consument ten onrechte zonder overleg met haar advocaat een medische machtiging laten ondertekenen en deze medische machtiging naar zijn medisch adviseur gestuurd voor het inwinnen van medische informatie en voor het opstellen van medische adviezen.

(5) Verzekeraar heeft ten onrechte de benoeming van de medisch adviseur niet met de gemachtigde van Consument afgestemd. Anders dan Verzekeraar stelt, was het niet nodig dat partijen zich lieten bijstaan door een eigen medisch adviseur. Volstaan kon worden met het inschakelen van één medisch adviseur. Consument betwist dat de door Verzekeraar benoemde medisch adviseur voldoende deskundig is op het gebied van whiplash.

(6) Verzekeraar legt ten onrechte desgevraagd niet de correspondentie met zijn medisch adviseur over.
Verzekeraar weigert Consument ten onrechte een voorschot van € 5.000,- aan immateriële schadevergoeding te verstrekken.

Het door Verzekeraar aan Consument overgemaakte voorschot op de immateriële schadevergoeding ad € 1.250,- is niet redelijk en billijk. Gelet op de oorzaak en aard van het letsel, de diverse medische onderzoeken en het gegeven dat nog geen sprake is van een medische eindsituatie is € 5.000,- redelijk.

(7) Verzekeraar gaat ten onrechte niet in op het door Consument gedane verzoek om een andere schadebehandelaar aan te wijzen. De schadebehandelaar geeft blijk van vooringenomenheid en reageert niet, dan wel heel laat op namens Consument verzonden berichten.

(8) Verzekeraar weigert ten onrechte een voorschot van € 500,- in verband met verlies aan zelfwerkzaamheid te vergoeden. De ziekte van de partner van Consument staat niet aan die toekenning in de weg. Bovendien konden de werkzaamheden, anders dan Verzekeraar stelt, niet uitgesteld worden.

(9) Verzekeraar weigert ten onrechte de kosten van huishoudelijke hulp van Consument te vergoeden.

(10) Verzekeraar wenst ten onrechte slechts 50% van de door Consument gevorderde buitengerechtelijke kosten te vergoeden.

(11) Een medewerker van Verzekeraar heeft de privacy van Consument geschonden door, zonder toestemming van Consument, informatie te verstrekken aan dan wel in te winnen bij de gemeente waar Consument geregistreerd is. Ter onderbouwing van deze klacht heeft Consument een pagina uit haar bijstandsdossier overgelegd.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument weersproken. Verzekeraar heeft zich primair op het standpunt gesteld dat de klacht van Consument zich geheel of gedeeltelijk niet leent voor behandeling door de Geschillencommissie omdat:

I de behandeling van het letselschadedossier eind 2017 op verzoek van Consument integraal is overgedragen aan de WAM-verzekeraar van de tegenpartij waardoor het voor Verzekeraar niet meer vrijstaat om beslissingen te nemen of betalingen te doen met betrekking tot de door Consument geleden letselschade; en

II het onderzoek met betrekking tot de klachtonderdelen 2, 6, 8 en 10 te tijdrovend en ingewikkeld is (ex artikel 2.1 onder l van het Reglement).

Subsidiair heeft Verzekeraar met betrekking tot de door Consument aangevoerde klachtonderdelen het volgende aangevoerd:

(Ad 1) Consument heeft op 23 augustus 2016 haar schade zelf bij Verzekeraar gemeld en Verzekeraar was op grond van de tussen partijen gesloten Verzekering gehouden dekking te bieden en uitkering te doen. Verzekeraar heeft Consument en haar gemachtigde uitdrukkelijk geïnformeerd over het feit dat de letselschade werd behandeld op de schadeverzekering voor inzittenden.

Het verwijt dat Consument Verzekeraar maakt met betrekking tot de weigering van een verzekering door de behandeling van de schade op de schadeverzekering voor inzittenden is niet onderbouwd, noch toegelicht en daardoor onbegrijpelijk. Het feit of al dan niet is uitgekeerd op de schadeverzekering inzittenden is overigens niet relevant voor registratie; het is de schademelding die van belang is en niet de dekking die is gegeven.

(Ad 2, 6, 8, 9 en 10)

Verzekeraar heeft de door Consument gestelde schadeposten verlies aan verdienvermogen, smartengeld, zelfwerkzaamheid en buitengerechtelijke kosten getoetst aan (met name) titel 1, afdeling 10 van boek 6 BW en de daarop gebaseerde jurisprudentie en heeft de door hem ingenomen standpunten met betrekking tot de schadeposten telkens uitvoerig gemotiveerd. Consument heeft de doorhaar gestelde schade niet aannemelijk gemaakt. In de periode vanaf de schademelding tot januari 2017 is geen discussie gevoerd over de schadeposten en liep de schadebehandeling goed. Pas vanaf het moment dat de gemachtigde van Consument vanaf medio januari 2017 weer de correspondentie met Verzekeraar is gaan voeren, ontstond er discussie. Verzekeraar heeft de schaderegeling zorgvuldig behandeld en terecht nadere vragen gesteld op momenten dat de schade niet of niet toereikend was onderbouwd. De door Verzekeraar verzochte nadere informatie is niet verstrekt, althans er is geen informatie verstrekt waardoor het bestaan van de door haar gestelde omvang van de schade aannemelijk is geworden, zodat Verzekeraar met recht en op goede gronden niet tot (volledige) bevoorschotting is overgegaan.

(Ad 3) Pas op 30 december 2016 heeft de gemachtigde van Consument medegedeeld dat hij vanaf dan weer optrad als belangenbehartiger van Consument. In de periode daarvoor werd, op uitdrukkelijk verzoek van Consument, de correspondentie met haar gevoerd. In deze periode hebben het huisbezoek en het ondertekenen van de medische machtigingen plaatsgevonden. Verzekeraar diende (en mocht gezien het uitdrukkelijke verzoek van Consument) zodoende niet met de gemachtigde van Consument overleggen over het huisbezoek en de medische machtiging. Bovendien heeft Verzekeraar al zijn stappen vooraf aangekondigd en toegelicht aan Consument. Consument wist van het huisbezoek, de medische machtigingen, de verslaglegging van het huisbezoek, het opvragen van medische informatie alsmede van het feit dat medische adviezen zouden worden opgesteld. Desalniettemin is daarop niet gereageerd. Ook vanaf het moment dat de gemachtigde van Consument de belangen van Consument weer behartigde, vanaf 30 december 2016, is daarop niet direct gereageerd, maar pas op het moment van indienen van de directieklacht.

(Ad 4) Het is in letselschadezaken gebruikelijk dat beide partijen een eigen medisch adviseur inschakelen. Het stond Verzekeraar dan ook vrij een eigen medisch adviseur in te schakelen en hij behoefde daarover niet af te stemmen met (de gemachtigde van) Consument. De door Verzekeraar ingeschakelde medisch adviseur voldoet aan alle eisen van een gekwalificeerd medisch adviseur en beschikt over meer dan voldoende kennis om te adviseren over whiplashzaken.

(Ad 5) Verzekeraar heeft alle informatie waarop hij zich gebaseerd heeft bij het innemen van zijn standpunt aan (de gemachtigde van) Consument verstrekt. Bij e-mailbericht van 29 maart 2017 zijn de medische adviezen verstrekt en bij brief van 20 juni 2017 heeft Verzekeraar Consument alle medische informatie toegezonden. Uitsluitend de correspondentie tussen Verzekeraar en zijn medisch adviseur is niet aan Consument verstrekt. Deze interne correspondentie behoeft niet overgelegd te worden. Consument heeft overigens niet toegelicht waarom zij recht en belang zou hebben bij het ontvangen van die interne correspondentie.

(Ad 7) Het is niet aan Consument om een schadebehandelaar te kiezen. De schadebehandelaar van Verzekeraar heeft het dossier op zorgvuldige en kundige wijze behandeld. Er bestond voor Verzekeraar dan ook geen aanleiding om de schadebehandelaar te vervangen.

(Ad 11) Een gesprek met de gemeente waar Consument woonachtig is, is niet in de administratie van Verzekeraar geregisterd en de medewerkster die dit gesprek gehad zou hebben ontkent een dergelijk gesprek met de gemeente gevoerd te hebben. Verzekeraar betwist dan ook dat het gesprek heeft plaatsgevonden.

4. Beoordeling

4.1 Partijen hebben ter zitting hun standpunten toegelicht. De gemachtigde van Consument heeft ter zitting een nieuwe onderbouwing aan zijn vordering ten grondslag gelegd en zich (subsidiair) op het standpunt gesteld dat Consument nog steeds de volledige schade op Verzekeraar kan verhalen op basis van de gesloten schadeverzekering voor inzittenden. Deze stelling zal, nu zij het voor het eerst in een zo laat stadium van deze klachtprocedure is opgeworpen, zoals reeds ter zitting is aangegeven, door de Commissie als tardief worden gepasseerd.

4.2 Tussen partijen staat vast dat Verzekeraar de behandeling van het letselschadedossier eind 2017 op verzoek van Consument heeft overgedragen aan de WAM-verzekeraar van de tegenpartij die de aanrijding heeft veroorzaakt. Ter zitting is voorts vast komen te staan dat Consument inmiddels met die WAM-verzekeraar een vaststellingsovereenkomst heeft gesloten met betrekking tot haar letselschade.

Nu met het sluiten van de vaststellingsovereenkomst Consument heeft ingestemd met de te vergoeden schade met betrekking tot het haar overkomen ongeval, behoeven de klachtonderdelen voor zover die betrekking hebben op het verstrekken van (voorschotten op de) uitkeringen met betrekking tot de door Consument geleden schade – te weten de klachtonderdelen 2, 6, 8, 9 en 10 – geen bespreking meer.

4.3 Ten aanzien van klachtonderdeel 5, inhoudende dat Verzekeraar ten onrechte de door hem met zijn medisch adviseur gevoerde correspondentie niet overlegt, overweegt de Commissie het volgende. Uit de overgelegde stukken volgt dat Verzekeraar Consument de medische adviezen van zijn medisch adviseur, alsmede de daaraan ten grondslag liggende medische informatie heeft toegezonden. Anders dan Consument stelt is Verzekeraar niet gehouden de door Verzekeraar met zijn medisch adviseur gevoerde interne communicatie aan Consument te verstrekken. Dit klachtonderdeel faalt derhalve.

4.4 Ten aanzien van de klachtonderdelen 1, 3, 4, 7 en 11 die betrekking hebben op de wijze waarop Verzekeraar de letselschadeclaim van Consument heeft behandeld, merkt de Commissie op dat zij niet bevoegd is een oordeel te geven over gedragsrechtelijke aspecten. Dit is voorbehouden aan de Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën). De Voorzitter van de Commissie zal van deze klachtonderdelen van Consument overeenkomstig het bepaalde in artikel 49 van het Reglement melding doen aan de Tuchtraad. Partijen zullen daarvan bericht ontvangen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.