RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/032 Mo

i n d e k l a c h t nr. 2005.4024 (126.05)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar A'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar A gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar A 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 op 17 januari 2001 met zijn auto in aanrijding gekomen met een bij verzekeraar A tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid verzekerde auto. Op 4 februari 2004 heeft klager met zijn auto een aanrijding gehad met een bij verzekeraar B tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid verzekerde auto. Klager heeft tegen beide verzekeraars een klacht bij de Raad ingediend. Deze uitspraak betreft de klacht tegen verzekeraar A. Uitspraak Nr. 2006/033 Mo van heden betreft de klacht tegen verzekeraar B.

De klacht

Klager heeft bij de aanrijding op 17 januari 2001 letsel (whiplashklachten) opgelopen. Verzekeraar A heeft de aansprakelijkheid voor de gevolgen van dit ongeval aanvaard en heeft de afwikkeling van klagers schade opgedragen aan een schaderegelingsbureau.

Klager heeft ook door het ongeval van 4 februari 2004 letsel (whiplashklachten) opgelopen. Verzekeraar B lijkt de aansprakelijkheid voor de gevolgen van dit ongeval te hebben aanvaard.

Verzekeraar A heeft bij monde van het schaderegelingsbureau gesteld dat klager op 4 februari 2004 hersteld was van de gevolgen van het ongeval van 17 januari 2001. Daarom zouden beide verzekeraars ieder de schade als gevolg van het ‘eigen’ ongeval hebben moeten afwikkelen en behoefde geen regelend verzekeraar te worden aangewezen. Artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 van het Verbond van Verzekeraars was volgens verzekeraar A hier niet van toepassing.

Klager was echter op 4 februari 2004 niet geheel hersteld van de gevolgen van het ongeval van 17 januari 2001. Hij verrichtte aangepast werk en was derhalve economisch kwetsbaar. Volgens zijn medisch adviseur is sprake van 2% blijvende

invaliditeit als gevolg van het ongeval van 17 januari 2001. De medisch adviseur van het schaderegelingsbureau daarentegen is niet eenduidig in zijn advies. Het is dus niet zo dat na het ongeval van 4 februari 2004 op voorhand direct was vast te stellen welk letsel aan welk ongeval was toe te rekenen. Daarom is artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 van toepassing en moet een regelend verzekeraar worden aangewezen. Klager wijst in dit verband ook op hetgeen in de toelichting op de Bedrijfsregeling is bepaald: ‘Met name kan deze situatie ontstaan wanneer bij een eerder ongeval opgelopen letsel verergert door een later ongeval. De discussie welke gevolgen aan welk ongeval zijn toe te rekenen, mag niet ten koste gaan van de benadeelde’.

Verzekeraar B heeft bericht dat hij medio maart 2004 met het schaderegelingsbureau heeft afgesproken dat deze op de voet van artikel 10 van de Bedrijfsregeling mede namens hem de schade zou regelen, maar dat de afspraak niet schriftelijk is bevestigd. Verzekeraar B had er niet op mogen vertrouwen dat aldus verzekeraar A of het voor verzekeraar A optredende schaderegelingsbureau mede de gevolgen van het ongeval van 4 februari 2004 zou afwikkelen. Verzekeraar B heeft zich later bereid verklaard om de schade als gevolg van dat ongeval te regelen. Hij blijkt ervan uit te gaan dat het ongeval van 17 januari 2001 blijvende gevolgen heeft en laat zelfs de mogelijkheid open dat de blijvende klachten van klager zijn terug te voeren op een ongeval van 10 januari 1994.

Verzekeraar A blijft zich op het standpunt stellen dat hij alleen de gevolgen van het ongeval van 17 januari 2001 behoeft te regelen.

Klager is van mening dat verzekeraar A en B door hun handelwijze de goede naam van het verzekeringsbedrijf hebben geschaad.

Klager verzoekt de Raad te bepalen dat de door klager gemaakte buitengerechtelijke kosten door de weigering om de schaderegeling van beide ongevallen conform c.q. analoog aan artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 uit te voeren, vergoed worden door een of beide verzekeraar(s).

Klager verzoekt de Raad verder te bepalen dat de regelende verzekeraar de schaderegeling zelf ter hand neemt of een andere schaderegelaar inschakelt, aangezien klager en zijn advocaat het vertrouwen in het schaderegelingsbureau hebben verloren. Daarbij geldt dat verzekeraar A in tuchtrechtelijke zin aansprakelijk is voor de handelwijze van het door hem ingeschakelde schaderegelingsbureau. Verzekeraar A heeft dat bureau gevolgd in de stellingname dat artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 niet van toepassing is en bovendien is dat bureau de door verzekeraar B gestelde afspraak niet nagekomen.

Daarmee heeft verzekeraar A gehandeld in strijd met artikel B.e van de Gedragscode Verzekeraars: "Wij zetten anderen niet aan tot activiteiten die in strijd zijn met de letter en de geest van deze gedragscode", en art. M.f daarvan: "Wij doen geen zaken met partijen die het ons moeilijk of onmogelijk maken om overeenkomstig de Code te handelen".

Reden temeer dat de regelende verzekeraar de schaderegeling zelf ter hand neemt, of een andere schaderegelaar aanstelt die aan de regelingen van het Verbond van Verzekeraars is gehouden en zich inzet voor een vlotte, reële en redelijke schaderegeling.

Het standpunt van verzekeraar A

Het ongeval van 17 januari 2001

Eind mei 2001 vernam verzekeraar A van het ongeval van 17 januari 2001. Op 8 juni 2001 heeft hij klager om informatie over het door hem opgelopen letsel gevraagd.

In juli 2001 meldde zich een advocaat voor klager. In reactie daarop heeft verzekeraar A haar begin augustus 2001 meegedeeld dat hij de verdere schadebehandeling integraal overdroeg aan een expertisebureau.

Dat bureau heeft medio augustus 2001 contact opgenomen met de advocaat om een afspraak te maken voor een gezamenlijk bezoek aan klager. Volgens de advocaat stelde klager geen prijs op een bezoek van een vertegenwoordiger van verzekeraar A. Uiteindelijk hebben toch bezoeken aan klager plaatsgevonden in oktober 2001 en april 2002. Doel ervan was een inventarisatie van het letsel en de schade. De tot het eerste bezoek verschenen schade bedroeg ƒ 6,-. De bij het tweede bezoek verschenen schade werd vastgesteld op € 1.691,30.

Vooruitlopend op het beschikbaar komen van medische informatie is in oktober 2001 een eerste voorschot onder algemene titel van € 1.134,46 betaalbaar gesteld. Een tweede voorschot van € 500,- volgde in maart 2002 en een derde voorschot van € 750,- in mei 2002.

Tijdens het tweede bezoek vertelde klager dat hij in december 2001 zijn werk weer volledig tegen loonwaarde had hervat en per februari 2002 weer op zijn oude werkschema zat.

Daar klager terughoudend was om een eindregeling te treffen, werd afgesproken om in september / oktober 2002 te bezien of een regeling mogelijk was. Tevens werd afgesproken dat de advocaat medische informatie zou verstrekken. De afspraken werden door de expert bevestigd bij brief van 29 april 2002.

Eerst in november 2003 werd medische informatie verstrekt betreffende het ongeval van 17 januari 2001 en een ongeval uit 1994. Naar aanleiding daarvan heeft het expertisebureau een medisch adviseur ingeschakeld. Deze adviseerde op 3 december 2003 dat de aan het ongeval van 17 januari 2001 gerelateerde klachten tijdelijk van aard bleken. Enige blijvende invaliditeit was er niet. Volgens het advies was tevens sprake van niet aan het ongeval gerelateerde klachten.

Gelet op de volledige werkhervatting door klager per december 2001 / februari 2002 is mede op basis van het medisch advies bij brief van 22 december 2003 aan zijn advocaat meegedeeld dat de zaak zich leende voor eindafwikkeling. Volgens het expertisebureau was de schade middels de betaalde voorschotten volledig gecompenseerd.

Bij brief van 8 maart 2004 deelde de advocaat mee dat de visie van het expertisebureau niet werd gedeeld. De schade was niet volledig gecompenseerd en de visie van de medisch adviseur kon niet worden onderschreven. De onderhandelingen werden afgebroken. Klager zou zelf weer contact opnemen. En passant werd het ongeval van 4 februari 2004 gemeld.

Gelet op deze brief heeft het expertisebureau aan de advocaat verzocht haar visie medisch te onderbouwen en bij haar aangedrongen op een bespreking. Een afspraak voor 6 mei 2004 werd echter door de advocaat afgezegd.

Het ongeval van 4 februari 2004

Daar ter zake van het ongeval van 17 januari 2001 volgens de medisch adviseur van verzekeraar A al sinds september 2001 gesproken kon worden van een medische eindsituatie, lag een optreden als regelend verzekeraar voor beide

ongevallen niet voor de hand. Desondanks werd met het oog op Bedrijfsregeling No. 15 bij de advocaat aangedrongen op aanvullende medische informatie. Die informatie bleef aanvankelijk uit. De advocaat heeft nimmer de adviezen van haar medisch adviseur kenbaar gemaakt.

Wel werd aanspraak gemaakt op vergoeding van kosten van deze medisch adviseur. Het expertisebureau heeft geantwoord niet over vergoeding van deze kosten te kunnen adviseren zonder de adviezen te kennen.

Vervolgens werd aanvullende medische informatie verstrekt en heeft de medisch adviseur van het expertisebureau een tweede advies uitgebracht op 23 december 2004.

In overleg met verzekeraar A heeft het expertisebureau vervolgens op 25 januari 2004 aan de advocaat kenbaar gemaakt dat het eerder ingenomen standpunt werd herhaald en dat bij verwerping van het voorstel overgegaan zou worden tot éénzijdige afwikkeling.

Als reactie daarop werd (rauwelijks) een klacht ingediend bij de Ombudsman Verzekeringen. Dit heeft ertoe geleid dat ter zake van het ongeval van 4 februari 2004 verzekeraar B de schaderegeling verder ter hand heeft genomen.

Verweer

In overleg met verzekeraar A nam het expertisebureau het standpunt in dat er geen reden was om een regelend verzekeraar aan te wijzen. Er is immers geen meervoudige veroorzaking als bedoeld in artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15.

Het ongeval van 17 januari 2001 heeft blijkens de beschikbare medische informatie geleid tot tijdelijke klachten. De zaak was al ruim voor het ongeval van februari 2004 geschikt voor een eindregeling.

De suggestie wordt gewekt dat het expertisebureau aan verzekeraar B heeft kenbaar gemaakt voor beide ongevallen als regelend verzekeraar te zullen optreden. Een dergelijke toezegging heeft het expertisebureau echter niet gedaan.

Daartoe bestond geen reden omdat verzekeraar B zich begin maart 2004 rechtstreeks tot de advocaat heeft gewend naar aanleiding van de schademelding van februari 2004.

Verzekeraar A regelde de schade van januari 2001 en verzekeraar B die van februari 2004. Desondanks één van hen als regelend verzekeraar aan te wijzen is niet aan de orde, mede gelet op de visie van de medisch adviseur van verzekeraar A.

Hoewel de advocaat aangaf de visie van de medisch adviseur niet te onderschrijven, bleef de gevraagde medische onderbouwing uit. Pas bij het klaagschrift zijn de adviezen van de medisch adviseur van de advocaat en andere medische gegevens overgelegd. Het blijkt dat ook de medisch adviseur van de advocaat al in 2002 van mening was dat de zaak zich leende voor een eindafwikkeling.

De recent beschikbaar gekomen medische informatie is voor de medisch adviseur van verzekeraar A geen aanleiding zijn visie te herzien. Hij handhaaft zijn visie dat in elk geval al in 2002 afgewikkeld had kunnen worden met als uitgangspunt tijdelijke klachten zonder rekening te houden met enige mate van blijvende invaliditeit. Evenmin is er reden om klager als gevolg van het ongeval van 17 januari 2001 als economisch kwetsbaar te beschouwen. De omvang van de geboden compensatie is dan ook passend. Met de slotbetaling van € 1.000,- op de kosten heeft verzekeraar A achteraf gezien wat moeite, omdat uit de thans beschikbaar gekomen medische informatie volgt dat de zaak zich ook naar de visie van de medisch adviseur van de advocaat al in 2002 leende voor afwikkeling. Of de kosten de

dubbele redelijkheidstoets van artikel 6:96 BW kunnen doorstaan, betwijfelt verzekeraar A. Op dit punt wil hij de advocaat het voordeel van de twijfel geven.

Conclusie

Verzekeraar A meent de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet te hebben geschaad door de schaderegeling integraal uit te besteden aan het expertisebureau. Dit temeer nu dat bureau hem van alle ontwikkelingen op de hoogte heeft gehouden.

Gelet op het (specialistische) karakter van de behandeling van een letselschade heeft verzekeraar A gemeend een daarin gespecialiseerd expertisebureau in te schakelen, juist met het oog op een actieve en voortvarende aanpak van de schade. Het expertisebureau heeft de schade voortvarend en op goede wijze behandeld, zulks in nauw overleg met verzekeraar A.

Daarin gesteund door zijn medisch adviseur is verzekeraar A van mening dat Bedrijfsregeling No.15 buiten toepassing kon worden gelaten, temeer nu ook verzekeraar B terstond aansprakelijkheid voor het hem regarderende ongeval heeft erkend en zich bereid heeft getoond om de schaderegeling voor dit ongeval ter hand te nemen.

Er is dan ook geen enkel belang om één der betrokken verzekeraars aan te wijzen als regelend verzekeraar. Dit temeer nu de ongevalsgevolgen ter zake van het verzekeraar A regarderende ongeval ook met in achtneming van de recente medische informatie als tijdelijk te beschouwen zijn hetgeen (éénzijdige) afwikkeling rechtvaardigt.

Het verwijt dat in strijd met de Gedragscode Verzekeraars, met name de artikelen B.e en M.f., is gehandeld, is niet op zijn plaats. Het door verzekeraar A ingeschakelde expertisebureau is een gerenommeerd expertisebureau, zeker geen bureau dat het hem onmogelijk zou maken om overeenkomstig de Gedragscode te handelen.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar A, zijn klacht gehandhaafd. Klager wijst er nog op dat artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 eist dat op voorhand niet direct moet zijn vast te stellen welk letsel is toe te rekenen aan welk ongeval. Daarvan is hier sprake. Dit blijkt ook uit het feit dat verzekeraar A en verzekeraar B een verschillend standpunt innemen omtrent de vraag of bij klager na het ongeval van 4 februari 2004 aanwezige klachten van voor dat ongeval dateren. Voorts is voor toepassing van artikel 10 niet van belang of een schade rijp was voor een eindafwikkeling, maar is van belang dat er nog geen eindafwikkeling was. Klagers advocaat verkeerde in de veronderstelling dat het schaderegelingsbureau namens verzekeraar A als de regelend verzekeraar, ook de schade voor verzekeraar B zou regelen. Later is gebleken dat verzekeraar A een geheel ander standpunt inneemt. Verzekeraar A wilde een eindafwikkeling zonder rekening te houden met posten als economische kwetsbaarheid en verlies van zelfwerkzaamheid. Verzekeraar B heeft de met het schaderegelingsbureau gemaakte afspraak niet schriftelijk bevestigd.

Het overleg met verzekeraar A

Ter zitting is de klacht met verzekeraar A besproken.

Het oordeel van de Raad

1. Het moge zo zijn dat verzekeraar A en het voor verzekeraar A optredende schaderegelingsbureau wellicht aanvankelijk op goede gronden het standpunt hebben kunnen innemen dat ter zake van de gevolgen van het ongeval van 17 januari 2001 een eindafwikkeling mogelijk was. Het stond hun evenwel niet vrij dit standpunt te blijven innemen en op basis daarvan tot de afwikkeling van alleen de gevolgen van het ongeval van 17 januari 2001 over te gaan, nadat hun bekend was geworden dat klager op 4 februari 2004 opnieuw een ongeval was overkomen en zich de in artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 beschreven situatie voordeed dat klager 'door twee of meer verkeersongevallen letsel heeft opgelopen en op voorhand niet direct is vast te stellen welk letsel is toe te rekenen aan de te onderscheiden ongevallen'. De gevolgen van het eerste ongeval waren voordat het tweede ongeval zich voordeed nog niet afgewikkeld. Klager was het niet eens met het standpunt van verzekeraar A dat tot eindafwikkeling kon worden overgegaan. Dat de situatie van artikel 10 zich voordoet blijkt ook hieruit dat verzekeraar B blijkens zijn verweerschrift het standpunt inneemt dat het ongeval van 4 februari 2004 slechts heeft geleid tot 'een tijdelijke verergering van reeds bestaande klachten'. Onder die omstandigheden had toepassing van artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 ertoe moeten leiden dat een regelend verzekeraar de schadeafwikkeling ter zake van beide ongevallen op zich had genomen.

2. Wat over dat laatste precies is besproken tussen verzekeraar A, het voor hem optredende schaderegelingsbureau en verzekeraar B, is niet komen vast te staan omdat de lezingen niet geheel overeenstemmen, maar dit doet niet eraan af dat het op de weg van verzekeraar A had gelegen om ook de schadeafwikkeling ter zake van de gevolgen van het ongeval van 4 februari 2004 ter hand te nemen. Door dat na te laten heeft verzekeraar A de goede naam van het schadeverzekeringsbedrijf geschaad. De klacht zal derhalve gegrond worden verklaard. De Raad verbindt aan de gegrondverklaring voor verzekeraar A de consequentie dat verzekeraar A, respectievelijk het voor hem optredende schaderegelingsbureau alsnog de schadeafwikkeling ter zake van de gevolgen van het ongeval van 4 februari 2004 ter hand zal nemen, en voorts dat verzekeraar A de door de discussie over de toepasselijkheid van artikel 10 van Bedrijfsregeling No. 15 ontstane extra kosten van de advocaat, voorzover deze kosten naar aard en omvang redelijk zijn, aan klager vergoedt. De Raad ziet geen aanleiding om te oordelen dat verzekeraar A in deze schadekwestie geen gebruik mag blijven maken van het door hem ingeschakelde schaderegelingsbureau.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 8 mei 2006 door mr. B. Sluijters, voorzitter, dr. D.F. Rijkels, arts, 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)