RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2003/86 Mo

i n d e k l a c h t nr. 2003.3374 (102.03)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster',

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 verzekeraar in de gelegenheid te stellen in een zitting te worden gehoord, maar deze heeft verklaard daarvan geen gebruik te maken.

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

Inleiding

Op 4 juni 2002 is klaagsters auto van achteren aangereden door een bij verzekeraar tegen het risico van wettelijke aansprakelijkheid verzekerde auto.

De klacht

Op 17 juni 2002 heeft klaagsters rechtsbijstandverzekeraar verzekeraar aansprakelijk gesteld. Vervolgens heeft klaagster een advocaat ingeschakeld. Deze heeft op 26 juni 2002 verzekeraar wederom aansprakelijk gesteld.

Op 26 juli 2002 deelde verzekeraar mee de schade met klaagster te willen regelen en informeerde naar haar herstel. Hij erkende dus geen aansprakelijkheid maar wilde “regelen”. Hij antwoordde dus niet op de aansprakelijkstelling.

Op 19 augustus 2002 zond de advocaat van klaagster een kostenstaat aan verzekeraar ten bedrage van € 1.977,34. Op 20 september 2002 zond hij informatie van de fysiotherapeut en de osteopaat aan verzekeraar en verzocht tevens om een voorschot van € 2.000,- op het smartengeld. Op 4 november 2002 heeft hij verzekeraar aan de brieven van 19 augustus 2002 en 20 september 2002 herinnerd en een beroep gedaan op een actief schaderegelingsbeleid. Teneinde verzekeraar in actie te krijgen heeft de advocaat in juli 2003 telefonisch contact met hem opgenomen. Op 23 juli 2003 berichtte verzekeraar dat hij als voorschot onder algemene titel € 2.000,- had overgemaakt en een bedrag van € 1.500,- als voorschot op de buitengerechtelijke kosten.

2003/86 Mo

Sprake is van een passief schaderegelingsbeleid door verzekeraar:
1. Hoewel daarom twee keer is gevraagd, is binnen een jaar na het ongeval geen aansprakelijkheid aanvaard.
2. Op 19 augustus 2002 is verzekeraar een kostenstaat toegezonden ten bedrage van€ 1.977,34. Pas op 23 juli 2003, na herhaaldelijk rappeleren, deelde hij mee een voorschot van € 2.000,- te hebben overgemaakt. Over een voorschot van € 2.000,- op het smartengeld, hem verzocht in de brief van 20 september 2002, repte hij in het geheel niet. Zulks hoewel hij op basis van de medische gegevens van de fysiotherapeut en osteopaat, hem toegezonden op 20 september 2002, zich een beeld zou kunnen vormen van het letsel en klaagster vanaf het ongeval recht heeft op een voorschot op het smartengeld.
3. Op 4 november 2002 is namens klaagster een nota voor rechtsbijstandkosten ingediend ten bedrage van € 1.749,30. Voorts is een nota van de fysiotherapeut ingediend ten bedrage van € 184,50. Negen maanden later heeft verzekeraar pas na herhaaldelijk rappelleren een bedrag betaald van € 1.500,-. Over vergoeding van de op de nota van 4 november 2002 aangezegde wettelijke rente rept hij in het geheel niet.
4. Door het passieve schaderegelingsbeleid van verzekeraar voelt klaagster zich opnieuw slachtoffer.
5. Uit de verzekeraar toegezonden informatie van de osteopaat blijkt dat klaagster het psychisch zwaar heeft. Dat zou reden temeer moeten zijn voor verzekeraar om uit een oogpunt van actief schaderegelingsbeleid een schaderegelaar in te schakelen. Klaagster is kennelijk een dossiernummer zonder dat verzekeraar persoonlijke omstandigheden in acht neemt. In het rapport Schaderegelingsbeleid van het Verbond van Verzekeraars wordt gesteld dat bij letselschade regelmatig contact met de gelaedeerde noodzakelijk is.

Het standpunt van verzekeraar

Op 18 juni 2002 ontving verzekeraar van klaagsters rechtsbijstandverzekeraar een aansprakelijkstelling. Op 2 juli 2002 ontving verzekeraar het expertiserapport en heeft hij de schade aan klaagsters auto conform het rapport, met rente en buitengerechtelijke kosten vergoed.

Op 26 juli 2002 deelde verzekeraar aan de advocaat van klaagster mee dat hij bereid was de schade van klaagster te regelen. In diezelfde brief vroeg hij om informatie omtrent het verdere herstel van klaagster. Vervolgens ontving hij van de advocaat een schadeopgave, die op dat moment - bij gebrek aan medische informatie - (nog) niet te beoordelen was. Medische informatie werd toegezegd.

In plaats daarvan ontving verzekeraar in september 2002 van de advocaat informatie van twee niet-medici, een fysiotherapeut en een osteopaat. Daarna ontving verzekeraar nog een brief van 4 november 2002 van de advocaat, opnieuw zonder de toegezegde medische informatie. In juli 2003 heeft verzekeraar desondanks een voorschot verstrekt.

De klacht inhoudende dat de schadeafhandeling passief en traag was, is terecht. De klacht inhoudende dat verzekeraar geen aansprakelijkheid erkent is onterecht. Verzekeraar heeft de autoschade betaald op de dag dat hem de hoogte daarvan werd doorgegeven en hij heeft schriftelijk aan de advocaat

aangegeven de schade te willen regelen. Daaruit blijkt ruim voldoende dat verzekeraar de aansprakelijkheid van zijn verzekerde voor het ongeval erkent.
De bescheiden waarover verzekeraar op dit moment beschikt zijn onvoldoende voor een verdere inhoudelijke beoordeling van de claim. Zo ontbreken nog medische informatie, informatie over de al bestaande arbeidsongeschiktheid, informatie over de reden en de gevolgen van het niet dragen van de veiligheidsgordel en informatie over de (thuis)situatie van klaagster.
Opdat de claim verder voortvarend wordt behandeld heeft verzekeraar inmiddels een schaderegelingsbureau opdracht gegeven met de advocaat van klaagster contact op te nemen om afspraken te maken om tot een definitieve vaststelling en afwikkeling van de schade te komen.

Het commentaar van klaagster

Klaagster heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, haar klacht gehandhaafd
"Regelen" geeft het slachtoffer geen rechtszekerheid. "Regelen" kan de bedoeling hebben om een bepaald percentage van de schade te betalen maar is geen erkenning van de aansprakelijkheid.
De medische informatie van de fysiotherapeut en de osteopaat was de volledige medische informatie omdat klaagster verder geen behandelaars had of heeft. Verzekeraar heeft ook niet meer gevraagd waarom er geen nieuwe medische informatie was. Ook heeft hij nagelaten om bijvoorbeeld een onderzoek op huisartsenniveau te laten plaatsvinden. Een gebrek aan medische informatie is niet aan klaagster te wijten doch uitsluitend aan verzekeraar.
Verzekeraar had wat betreft de "bestaande arbeidsongeschiktheid" reeds uit klaagsters geboortedatum kunnen constateren dat klaagster 65 jaar is. Voorts moet verzekeraar bekend zijn dat zij nooit heeft gewerkt.
Wat betreft het nu pas door verzekeraar aangestipte niet dragen van de veiligheidsgordel merkt klaagster op dat zij op medische gronden een ontheffing voor de draagplicht heeft.
Naar de "thuissituatie" heeft verzekeraar nimmer gevraagd.
Sprake is van een passief schadeafwikkelingsbeleid. Klaagster verzoekt om een gegrondverklaring van haar klachten met veroordeling van verzekeraar tot vergoeding van haar rechtsbijstandkosten omdat niet van haar verwacht kan worden dat zij deze kosten draagt.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft in zijn verweerschrift aangevoerd dat hij, nadat hij door de rechtsbijstandverzekeraar van klaagster aansprakelijk was gesteld en het expertiserapport had ontvangen, de autoschade onmiddellijk heeft betaald vermeerderd met de wettelijke rente en vergoeding voor de buitengerechtelijke kosten. Voorts heeft verzekeraar aangevoerd dat hij, toen hij door de advocaat van klaagster opnieuw aansprakelijk was gesteld, zich bereid heeft verklaard een regeling te treffen tot vergoeding van de door klaagster geleden schade. Op grond van dit een en ander, van de juistheid waarvan moet worden uitgegaan nu dit niet door klaagster is weersproken, kan verzekeraar in alle redelijkheid het standpunt innemen dat is gebleken dat hij de

2003/86 Mo

aansprakelijkheid erkent en dat hij zulks niet nog eens met zoveel woorden behoefde te verklaren, hoewel dit wel de voorkeur had verdiend.
Door te handelen als voormeld heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad. In zoverre zal de klacht niet gegrond worden verklaard.
2. Zoals verzekeraar heeft erkend heeft hij klaagsters schade passief en traag behandeld. Verzekeraar heeft daardoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad. De klacht zal in zoverre gegrond worden verklaard.
3. Nu verzekeraar heeft verklaard inmiddels een schaderegelingsbureau te hebben ingeschakeld om in overleg met de advocaat van klaagster te komen tot een afwikkeling van de schade, ziet de Raad geen aanleiding om aan de gegrondverklaring financiële consequenties voor verzekeraar te verbinden. Hierbij merkt de Raad op dat, zoals de Hoge Raad heeft geoordeeld in zijn arrest van 10 januari 2003, NJ 2003, 537, een tuchtrechtelijke procedure in het algemeen niet kan worden aangemerkt als een redelijke maatregel ter vaststelling van aansprakelijkheid, zodat 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. Er is geen aanleiding hierover anders te oordelen met betrekking tot een tuchtrechtelijke procedure als de onderhavige. Derhalve is er evenmin aanleiding om aan de gegrondverklaring van de klacht de consequentie te verbinden dat verzekeraar de kosten van klaagsters advocaat gemaakt in het kader van deze tuchtprocedure vergoedt.

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

Aldus is beslist op 15 december 2003 door Mr. F.H.J. Mijnssen, voorzitter,
Mr. H.C. Bitter, Drs. D.F. Rijkels, arts, Mr. B. Sluijters en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnssen)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)