RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2007/080 Rbs

i n d e k l a c h t nr. 2007.0297 (005.07)

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 en de reactie van klager op het verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar en zijn medisch adviseur in een zitting van de Raad te horen.

Voorzover de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft op 27 januari 2003 een verkeersongeluk gehad, waarbij hij met grote snelheid van achteren is aangereden, met ernstige nek- en rugklachten tot gevolg. Klagers toenmalige werkgever had bij verzekeraar een rechtsbijstand-verzekering afgesloten, mede ten behoeve van klager.

Verzekeraar schakelde op 23 oktober 2003 een letselschadebureau in om klagers belangen te behartigen bij het afwikkelen van de schade. De aansprakelijkheid is niet in geschil, zodat de discussie uitsluitend betrekking heeft op de hoogte van de schade.

In mei 2005 adviseerde het letselschadebureau klager om een schikkings-voorstel van de wederpartij, inhoudende dat een slotbetaling zou worden gedaan van€ 15.500,-, te aanvaarden.

De klacht

Het letselschadebureau heeft niets gedaan om klagers schade behoorlijk af te wikkelen en heeft klager onvoldoende geadviseerd bij het doen vaststellen van de schade. Het advies om - zonder enig medisch advies - het in de ogen van klager extreem lage voorstel van de wederpartij te aanvaarden, was voor klager aanleiding een advocaat in te schakelen. Deze heeft klagers schade inmiddels becijferd op € 349.257,-.

Verzekeraar heeft desverzocht geweigerd klagers kosten van rechtsbijstand te voldoen. Hiertegen richt zich de klacht. Volgens klager is het letselschadebureau zodanig te kort geschoten dat hij wel gedwongen was zelf een advocaat in te schakelen.

Het standpunt van verzekeraar

Op grond van artikel 11.2 van de polisvoorwaarden is de dekking vervallen omdat klager zich buiten verzekeraar om tot een andere belangenbehartiger heeft gewend. Dit heeft verzekeraar bij brief van 19 juli 2005 aan klager bericht.

2007/080 Rbs

Klager had volgens verzekeraar geen gegronde reden zich tot een andere belangenbehartiger te wenden. Volgens verzekeraar heeft het door hem ingeschakelde letselschadebureau klagers belangen op behoorlijke wijze behartigd. Klager is steeds op adequate wijze geadviseerd en geïnformeerd. Toen klager naar aanleiding van het schikkingsvoorstel van de wederpartij aangaf dat hij zich zorgen maakte omtrent de mogelijkheid tegen normale premie-voorwaarden een ziektekostenverzekering of arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten, is hem door het bureau geadviseerd offertes op te vragen en de wederpartij daaromtrent te informeren. Ook is gewezen op de mogelijkheid om – bij aanvaarding van het schikkingsvoorstel – een voorbehoud op te nemen voor de post verlies van arbeidsvermogen. Voorts is klager gewezen op de mogelijkheid de ontwikkelingen af te wachten en de zaak open te houden.
Bij deze stand van zaken heeft klager zich tot een advocaat gewend. Daaraan voorafgaande heeft klager geen klachten geuit omtrent de wijze van belangen-behartiging.

Met betrekking tot de medische kant van de zaak merkt verzekeraar op dat geen schriftelijk medisch advies voorhanden is uit de periode dat klagers belangen door het letselschadebureau werden behartigd. De achteraf ingeschakelde medisch adviseur concludeert op basis van het dossier dat klager niet volledig voldoet aan de criteria voor het postwhiplash-syndroom, er is bijvoorbeeld geen sprake van bewegingsbeperkingen van de nek. Destijds zou dan ook geadviseerd zijn tegen een neurologische expertise en tot een pragmatische afhandeling van de zaak waarbij eventuele restklachten worden meegenomen bij de afwikkeling van de schadezaak, aldus de medisch adviseur.

De door klager overgelegde begroting van zijn schade bewijst niet dat het letselschadebureau klagers belangen onbehoorlijk heeft behartigd, aldus verzekeraar.

Het commentaar van klager

Klager betwist hetgeen verzekeraar stelt omtrent de advisering door het letselschadebureau. Het schikkingsvoorstel werd met een positief advies aan hem voorgelegd, zonder dat daarbij andere mogelijkheden werden geopperd en zonder medisch advies, aldus klager. Inmiddels is met de wederpartij in beginsel overeenstemming bereikt omtrent het inschakelen van een medisch deskundige. Klager erkent dat omtrent de hoogte van de schade nog onderhandeld dient te worden. De door zijn advocaat opgestelde schadebegroting vormt een indicatie.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar en diens medisch adviseur besproken.

Het oordeel van de Raad

Klager vertoonde naar het oordeel van de Raad wel degelijk een aantal symptomen van een postwhiplash-syndroom. Het dossier bevat met betrekking tot klagers letsel slechts een brief van klagers huisarts en een verklaring van een fysiotherapeut. In de verklaring van de fysiotherapeut is, anders dan (de medisch adviseur van) verzekeraar stelt, wel degelijk sprake van een rotatiebeperking van de nek. De medische gegevens in het dossier zijn echter onvoldoende volledig voor een definitief oordeel omtrent de vraag of klager voldoet aan alle criteria voor een postwhiplash-syndroom. Om die reden is de Raad van oordeel dat er aanleiding was voor een neurologische expertise. Het is in strijd

met de goede naam van het verzekeringsbedrijf dat verzekeraar op grond van te summiere gegevens klager adviseerde het schikkingsvoorstel van de wederpartij te aanvaarden. Dit gedeelte van de klacht is derhalve gegrond. Klager had derhalve een gegronde reden om niet zonder meer akkoord te gaan met het positieve advies met betrekking tot het schikkingsvoorstel van de wederpartij.
Klager heeft zich echter vervolgens in strijd met de geschillenregeling tot een advocaat gewend en zonder enige vooraankondiging zijn vertrouwen in het door verzekeraar ingeschakelde letselschadebureau opgezegd. Klager heeft verzekeraar niet van te voren van zijn onvrede omtrent de wijze van belangenbehartiging door het letselschadebureau op de hoogte gesteld en hij heeft verzekeraar derhalve evenmin in de gelegenheid gesteld adequate maatregelen te treffen om alsnog te komen tot een voor klager bevredigende behandeling van het geschil. Het staat klager uiteraard vrij zijn belangen door een raadsman van zijn keuze te laten behartigen, maar onder deze omstandigheden is naar het oordeel van de Raad verdedigbaar dat verzekeraar niet gehouden is klagers kosten van rechtsbijstand te vergoeden. De klacht, die inhoudt dat verzekeraar ten onrechte weigert klagers kosten van rechtsbijstand te vergoeden, is derhalve niet gegrond.

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

Aldus is beslist op 15 oktober 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. E.M. Snijders-Koster, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. E.M. Snijders-Koster)