RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/078 WA

i n d e k l a c h t nr. 2006.1798 (039.06)

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 en zijn medisch adviseur 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 augustus 2000 op een fietspad aangereden door een tegen wettelijke aansprakelijkheid bij verzekeraar verzekerde personenauto die uit een uitrit kwam gereden. Klager heeft als gevolg van het ongeval letsel opgelopen.

Op 18 december 2000 heeft klager - via zijn tussenpersoon - verzekeraar hiervoor aansprakelijk gesteld. Verzekeraar heeft op 26 oktober 2004 aansprakelijkheid erkend.

De klacht

Klager heeft de navolgende klachten:

1. Alhoewel in de aansprakelijkstelling van 18 december 2000 al wordt vermeld dat er sprake is van letsel en dat het herstel dient te worden afgewacht, is klager eerst 20 maanden later, op 22 augustus 2002, door een schaderegelaar van verzekeraar bezocht en is ook eerst op dat moment een medische machtiging aan klager ter ondertekening voorgelegd.
2. Klager is niet op de mogelijkheid en wenselijkheid van het zelf inroepen van deskundige juridische hulp gewezen. Als (eerste-generatie) Marokkaan beheerst klager onvoldoende de Nederlandse taal om behoorlijk voor zijn eigen belangen op te kunnen komen.
3. Verzekeraar heeft niet binnen drie maanden na de aansprakelijkstelling een standpunt met betrekking tot de aansprakelijkheid ingenomen en heeft klager zelfs op 18 mei 2004 nog om een 'uitgebreide omschrijving van de toedracht' gevraagd.
4. Verzekeraar heeft - nu het gaat om een auto die uit een uitrit kwam en vervolgens een fietser/voetganger heeft aangereden - ten onrechte aansprakelijkheid steeds niet erkend.

5. De attitude van de door verzekeraar ingeschakelde schaderegelaar jegens klager is, blijkens diens notitie van 5 december 2002, onacceptabel, immers druipt van de vooroordelen. Die vooringenomenheid bleek overigens feitelijk onjuist, nu, nadat aanvankelijk geen afwijkingen bij klager gevonden konden worden, uiteindelijk - in 2004 - objectiveerbare afwijkingen in klagers rug werden geconstateerd.
6. Verzekeraar heeft klager bij brief van 26 oktober 2004 een lumpsum van € 2.500,- tegen ondertekening van een vaststellingsovereenkomst aangeboden. Verzekeraar had dit aanbod niet mogen doen, maar had - gezien het feit dat klager in zijn brief van 2 september 2004 uitgebreid op zijn diverse klachten en behandelingen inging - nadere medische informatie moeten opvragen.
7. Hoewel klager in 2002 een algemene medische machtiging heeft ondertekend, heeft verzekeraar nagelaten de behandelend fysiotherapeut aan te schrijven. Bovendien heeft verzekeraar, bij het uitblijven van een reactie van klagers huisarts op verzekeraars verzoek om informatie, nagelaten deze nog op een andere manier te benaderen en voorts heeft verzekeraar nagelaten klager erop te wijzen dat hij de huisarts tevergeefs had aangeschreven.
8. Het door de medisch adviseur van verzekeraar opgestelde advies van 13 september 2005 voldoet niet aan de minimaal daaraan te stellen eisen. Niet blijkt wie dat advies heeft opgesteld en ook wordt niet duidelijk welke stukken de medisch adviseur onder ogen heeft gekregen. Het opgenomen advies is voorts onbegrijpelijk omdat niet (beredeneerd) blijkt op welke gronden welke conclusies kunnen worden getrokken. Ook het nader advies van 10 januari 2006 voldoet niet aan de daaraan te stellen eisen.
9. De medisch adviseur van verzekeraar gebruikt onjuist en daardoor misleidend taalgebruik.
10. Uit de medische adviezen van 7 februari 2005 en 13 september 2005 valt af te leiden dat verzekeraar, in de wetenschap dat inmiddels door röntgenfoto's medisch objectiveerbare afwijkingen waren aangetoond, klager een lumpsum heeft aangeboden terwijl hem op dat moment nog geen enkel medisch advies ter beschikking stond en betrokkene geen eigen belangenbehartiger had. De suggestie wordt voorts in de betreffende brief gewekt dat het schadebedrag beperkt moest zijn omdat het de vraag is of 'de medische causaliteit nu na vier jaar nog wel te beoordelen is'. Dit non-argument had ook al niet gebruikt mogen worden, daar dan toch eerst medische informatie - óók over die vier jaar - had moeten worden opgevraagd, waarover ook eerst medisch advies had moeten worden ingewonnen.
11. In zijn brief van 1 februari 2006 citeert de directie van verzekeraar zijn medisch adviseur onjuist.

Klager wenst dat verzekeraar alle aan het voeren van de onderhavige klachtprocedure verbonden advocaatkosten zal vergoeden.

<u>Het standpunt van verzekeraar</u>

De verzekerde van verzekeraar heeft het ongeval gemeld met een door beide partijen ondertekend aanrijdingsformulier. Dit formulier werd door de verzekerde op 15 februari 2001 naar verzekeraar verstuurd. De reden voor de vertraging van een half jaar was gelegen in de veronderstelling bij de verzekerde dat beide partijen geen schade hadden ondervonden van het ongeval. Ondanks het feit dat het aanrijdingsformulier door beide partijen was ingevuld, was er geen

overeenstemming over de toedracht van het ongeval. Volgens de verzekerde reed klager met zijn fiets aan de linkerkant van de weg tegen de rijrichting in. Klager daarentegen stelt dat hij niet fietste, maar met de fiets aan de hand over het fietspad liep. Ook het politierapport schept geen duidelijkheid over de toedracht van het ongeval: de verbalisanten zijn ervan uitgegaan dat klager ten opzichte van de automobilist van links kwam, terwijl partijen het er nu juist over eens waren dat klager van rechts kwam.

Eerst nadat verzekeraar op 18 december 2000 - via tussenkomst van klagers tussenpersoon - aansprakelijk was gesteld voor de als gevolg van het ongeval door klager geleden schade, kwam naar voren dat klager bij dat ongeval letsel had opgelopen. In onderling overleg is toen afgesproken dat de dossierbehandelaar ten aanzien van de letselaspecten rechtstreeks contact zou opnemen met klager. Daarbij is ook getracht om helderheid te verkrijgen omtrent de toedracht van het ongeval. Er zijn diverse pogingen ondernomen om contact te leggen met klager, evenwel, mede wegens diens verblijf in het buitenland, tevergeefs. Van de door verzekeraar ondernomen acties is klagers tussenpersoon op de hoogte gehouden.

De telefonische mededeling van klagers tussenpersoon begin februari 2002, inhoudende dat klager nog steeds hinder ondervond van het door het ongeval opgetreden letsel, was voor verzekeraar aanleiding een letselschaderegelaar in de buitendienst in te schakelen. Wederom vanwege klagers verblijf in het buitenland kon pas in augustus 2002 het beoogde bezoek van de schaderegelaar plaatsvinden. Tijdens het bezoek werd door de schaderegelaar met name het verloop van de klachten geïnventariseerd. Tevens werd klager verzocht een medische machtiging te ondertekenen. Na dit bezoek is er nog telefonisch contact geweest tussen de schaderegelaar en klager. Probleem daarbij was dat klager niet over een telefoon beschikte zodat het contact via diens zoon moest verlopen. Ondertussen werd op grond van de medische machtiging informatie opgevraagd bij de huisarts van klager. Van de huisarts van klager heeft de medische dienst niet vernomen en ook van de zijde van klager kwam er geen reactie op verzekeraars brieven. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het door verzekeraar op 26 oktober 2004 gedane aanbod om de schade te regelen met een lumpsumvergoeding van € 2.500,-. De aansprakelijkheid voor het ontstaan van het ongeval is daarbij door verzekeraar erkend.

Ad 1. Het begintraject van de letselschaderegeling is volledig afgestemd met klagers tussenpersoon, die op dat moment de belangen van klager behartigde. Klager reageerde niet op verzekeraars brieven en verbleef regelmatig voor lange periodes in het buitenland. Tevens was er slechts sprake van licht letsel. Na de mededeling van de tussenpersoon dat klager hiervan nog immer hinder ondervond, heeft verzekeraar direct actie ondernomen. Doel was het realiseren van een bezoek van een letselschaderegelaar bij klager thuis. Daarbij is verzekeraar actief opgetreden. Zoals gezegd kon vanwege klagers verblijf in het buitenland pas na 20 maanden een bezoek door een schaderegelaar plaatsvinden. Dat kan verzekeraar niet worden verweten.

Ad 2. Verzekeraar onderschrijft het beginsel dat slachtoffers recht hebben op deskundige bijstand. De aansprakelijkheidsverzekeraar heeft hierin een actieve rol richting het slachtoffer. Deze taak heeft verzekeraar onvoldoende actief op zich genomen. Dit verzuim is reeds door de directie van verzekeraar erkend.

Ad 3 en 4. Feit is dat verzekeraar pas door de aansprakelijkstelling van 18 december 2000 in kennis werd gesteld van het ongeval. Eerst medio februari 2001 ontving verzekeraar het schadeformulier van zijn verzekerde. Er was geen overeenstemming over de toedracht van het ongeval, zodat besloten werd het politierapport en een uitgebreide toedrachtsomschrijving van de betrokkenen op te vragen. Daarbij heeft verzekeraar niet binnen drie maanden na de aansprakelijkstelling expliciet zijn standpunt naar klagers tussenpersoon verwoord. Het vragen naar de toedracht werd tegelijkertijd gebruikt voor de inventarisatie van de door klager geleden letselschade. Omdat er geen contact met klager gelegd kon worden, was een verdere stellingname inzake de schuldvraag ook niet aan de orde. Verzekeraar is zich er van bewust dat in deze art. 185 Wegenverkeerswet speelt. Een beroep op overmacht door de verzekerde was zeker niet aan de orde, maar het opvragen van nadere informatie was belangrijk voor de vraag of er al dan niet sprake was van eigen schuld bij klager. Voorzover verzekeraar steken heeft laten vallen bij de vaststelling van de aansprakelijkheid is dit ten opzichte van klager en zijn advocaat erkend en zijn er correctieve maatregelen genomen.

Ad 5. Kennelijk doelt klager op een emailbericht van de schaderegelaar aan de dossierbehandelaar van 5 december 2002. Uit dit bericht blijkt evenwel niet van vooroordelen van de schaderegelaar jegens klager.

Ad 6 en 10. De beschuldigingen met betrekking tot het regelingsvoorstel werpt verzekeraar verre van zich. Verzekeraar had op goede gronden ook het standpunt kunnen innemen dat de klachten geen ongevalsgevolg (meer) waren, zodat de vergoeding veel lager zou zijn geweest. Juist met het oog op het feit dat klager zich niet liet bijstaan door een professionele belangenbehartiger, is verzekeraar deze discussie niet met klager aangegaan. Het regelingsaanbod was redelijk gezien de destijds beschikbare informatie. Er is klager diverse malen gevraagd gegevens te verstrekken, zodat een beter beeld zou ontstaan van het ongevalsgevolg. Klager heeft aan deze herhaalde verzoeken geen gevolg willen geven.

Ad 7. Er was geen machtiging voor het inwinnen van informatie bij de fysiotherapeut. Indien een (medisch) behandelaar niet reageert op brieven van de medisch adviseur wordt er gerappelleerd en, indien dan nog geen reactie volgt, wordt de patiënt gevraagd om zelf een afschrift te maken van het medisch dossier. Het advies om een afschrift te maken van het medisch dossier is ook hier gegeven.

Ad 8. Het door de medisch adviseur van verzekeraar opgestelde advies betreft aantekeningen uit het computersysteem. Het advies is niet bedoeld als extern stuk, maar dient als geheugensteun om samen met de eventuele mondelinge toelichting te bepalen wat er nodig is om een gefundeerde mening over de ongevalsgevolgen te vormen. Duidelijk is dat er op het moment van opstellen van dat advies geen genuanceerd standpunt kon worden ingenomen. Vanwege de privacybelangen van klager is alleen het meest essentiële uit de informatie genoemd en vastgesteld dat een relatie tussen klachten en ongeval mogelijk is. Voor een medische discussie zou, afhankelijk van het geschil, een veel uitgebreider stuk zijn opgesteld.

Ad 9 De medisch adviseur van verzekeraar heeft de klachten van klager altijd serieus genomen.

Ad 11. Klagers advocaat heeft zich diverse malen bij verzekeraar beklaagd over de wijze waarop het dossier is behandeld. Dit was voor de verantwoordelijke

manager van verzekeraar aanleiding om met de medisch adviseur te overleggen over de gang van zaken rond de medische adviezen. In de reactie op de klachten is toen de medisch adviseur van verzekeraar in een brief van 1 februari 2006 geciteerd. Feit is dat het advies van de medisch adviseur in iets andere bewoordingen op schrift is komen te staan. De strekking van het advies is echter gelijkluidend.

Verzekeraar blijft zich inspannen om tot een verantwoorde vaststelling van de schade te komen. De medewerking van klager en zijn advocaat is daarbij evenwel van eminent belang.

Het commentaar van klager

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Bij brief van 5 september 2006 heeft klagers advocaat de Raad nog aanvullende stukken doen toekomen, waaronder het op 27 juni 2006 uitgebrachte advies van zijn medisch adviseur en het advies van de medisch adviseur van verzekeraar van 24 juli 2006. Voorts heeft klagers advocaat nog medegedeeld dat hem is gebleken dat het advies van zijn medisch adviseur nog steeds direct aan de medisch adviseur van verzekeraar wordt doorgesluisd en dat deze ook degene is die bepaalt of, en in hoeverre de schadebehandelaar van verzekeraar het advies te zien krijgt. Klager beklaagt zich over deze werkwijze.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Verzekeraar heeft aangevoerd dat hij aan klager heeft medegedeeld dat zijn huisarts niet reageerde op de gedane verzoeken om informatie. Voorts heeft verzekeraar medegedeeld dat hij de fysiotherapeut niet om informatie omtrent klagers toestand heeft aangeschreven omdat die pas één jaar na het ongeval door klager werd geconsulteerd zodat de van hem te verkrijgen informatie voor de beoordeling van de medische causaliteit niet relevant is.

Het oordeel van de Raad

Klachtonderdeel 1

1. In het eerste klachtonderdeel beklaagt klager zich erover dat hij eerst op 22 augustus 2002 door een schaderegelaar is bezocht en dat hem eerst toen een medische machtiging ter ondertekening is voorgelegd. Verzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat hij ter zake voldoende actief is opgetreden en dat de oorzaak van de vertraging is gelegen in het feit dat klager veelvuldig in het buitenland verbleef. Dit standpunt acht de Raad, gezien de aan hem overgelegde stukken, niet onaannemelijk. In zoverre is de klacht ongegrond.

Klachtonderdeel 2

2. Verzekeraar heeft erkend dat hij klager niet op de mogelijkheid en wenselijkheid van het zelf inroepen van deskundige juridische hulp heeft gewezen. Hoewel dit wenselijk was geweest, acht de Raad het achterwege blijven hiervan in de onderhavige zaak, gezien de omstandigheden van het geval - met name het feit dat het door klager opgelopen letsel aanvankelijk zeer gering leek - evenwel niet zodanig ernstig dat verzekeraar daardoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. Ook in zoverre is de klacht ongegrond.

Klachtonderdelen 3 en 4

3. 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 uit een oogpunt van de goede naam van het verzekeringsbedrijf had mogen worden verwacht. Met name had verzekeraar toen het door de schaderegelaar opgestelde expertiserapport op 22 augustus 2002 beschikbaar kwam - mede gezien het feit dat het een artikel 185 Wegenverkeerswet-zaak betrof - binnen afzienbare tijd een standpunt ter zake van de aansprakelijkheid moeten innemen. Door niettemin te wachten tot 26 oktober 2004 heeft verzekeraar de schaderegeling ernstig vertraagd. De klachtonderdelen 3 en 4 zullen derhalve gegrond worden verklaard.

Klachtonderdeel 5

4. Klager beklaagt zich in het vijfde klachtonderdeel over de vooringenomenheid van de door verzekeraar ingeschakelde schaderegelaar, welke zou blijken uit diens interne notitie aan de dossierbehandelaar van 5 december 2002. De Raad heeft van de inhoud van deze interne notitie kennisgenomen. Hij acht de inhoud hiervan niet getuigen van vooringenomenheid, dan wel op een andere wijze incorrect, zodat dit klachtonderdeel niet gegrond is.

Klachtonderdelen 6 en 10

5. Uit de aan de Raad overgelegde stukken volgt dat ruim vier jaar na het ongeval - ondanks aandringen van verzekeraar - nog steeds geen medische informatie voorhanden was. De Raad is van oordeel dat het verzekeraar gezien dit tijdsverloop vrij stond klager bij brief van 26 oktober 2004 een lumpsumvergoeding van € 2.500,- aan te bieden, te meer nu uit de bewoordingen uit deze brief blijkt dat het slechts een voorstel betrof en dat, indien klager zich niet in dit aanbod kon vinden, hij dit binnen vier weken aan verzekeraar kon laten weten. Ook in zoverre is de klacht derhalve ongegrond.

Klachtonderdeel 7

6. Ter zake van het door klager gemaakte verwijt dat verzekeraar de door klager geconsulteerde fysiotherapeut niet heeft aangeschreven ter verkrijging van medische informatie, heeft verzekeraar ter zitting aangevoerd dat de fysiotherapeut niet is aangeschreven omdat deze eerst een jaar na het ongeval door klager is geraadpleegd zodat de van hem te verkrijgen informatie voor de beoordeling van de medische causaliteit niet relevant is. Dit standpunt acht de Raad verdedigbaar.

7. Wat betreft de klacht dat verzekeraar klagers huisarts, bij het uitblijven van een reactie op het door verzekeraar gedane verzoek om medische informatie, op een andere wijze had moeten benaderen, acht de Raad verdedigbaar het standpunt dat de huisarts voldoende schriftelijk is gerappelleerd en dat verzekeraar niet gehouden was de huisarts nog telefonisch te benaderen.

8. Voor zover klager zich voorts erover beklaagt dat verzekeraar heeft nagelaten hem erop te wijzen dat hij de huisarts tevergeefs had aangeschreven, hetgeen door verzekeraar wordt betwist, moet de Raad volstaan met de constatering dat hij niet feiten, waaromtrent partijen van mening verschillen terwijl doorslaggevend bewijs ontbreekt, bindend kan vaststellen. Niet gebleken is derhalve dat verzekeraar op dit punt de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

Klachtonderdeel 8

9. Klager verwijt verzekeraar voorts dat de door zijn medisch adviseur opgestelde adviezen van 13 september 2005 en 10 januari 2006 niet voldoen aan de minimaal daaraan te stellen eisen. Verzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat deze adviezen niet bedoeld zijn als extern stuk en slechts aantekeningen uit het computersysteem bevatten.

Het stuk van 13 september 2005 is zeer summier en niet ondertekend en had volgens de Raad dan ook niet - zoals de schadebehandelaar blijkens zijn brief aan de advocaat van klager van 14 september 2004 heeft gedaan - als advies van de medisch adviseur van verzekeraar mogen worden aangemerkt. De Raad acht dit evenwel - mede gezien het feit dat klager toen reeds werd bijgestaan door een advocaat - niet zodanig ernstig dat verzekeraar daardoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

Wat betreft het door de medisch adviseur van verzekeraar op 10 januari 2006 opgestelde advies is de Raad van oordeel dat dit advies wel voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Ook in zoverre is de klacht ongegrond.

Klachtonderdeel 9

10. Wat betreft het taalgebruik van de medisch adviseur van verzekeraar merkt de Raad op dat uit de aan hem overgelegde stukken niet is gebleken dat dit onjuist dan wel misleidend is geweest. Ook in zoverre is de klacht ongegrond.

Klachtonderdeel 11

11. In het elfde klachtonderdeel beklaagt klager zich erover dat de directie van verzekeraar zijn medisch adviseur onjuist heeft geciteerd. Verzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat het advies van de medisch adviseur in iets andere bewoordingen op schrift is komen te staan, doch dat de strekking gelijkluidend is gebleven. Dit standpunt acht de Raad verdedigbaar, zodat ook dit klachtonderdeel ongegrond is.

Overig

12. Uit de brief van klagers advocaat van 5 september 2006 blijkt dat klager zich voorts nog beklaagt over het feit dat het advies van zijn medisch adviseur nog steeds direct aan de medisch adviseur van verzekeraar wordt doorgesluisd en dat deze ook degene is die bepaalt of, en in hoeverre de schadebehandelaar van verzekeraar het advies te zien krijgt. De Raad merkt op dat deze werkwijze gezien de ‘Richtlijnen ten aanzien van het medisch traject na verkeersongevallen’ van het Nationaal Platform Personenschade juist is, zodat ook deze klacht ongegrond is.

13. Hetgeen hiervoor is overwogen leidt tot de conclusie dat de klacht gegrond moet worden verklaard voor zover deze het hiervoor onder 3 vermelde handelen van verzekeraar betreft, en ongegrond voor het overige.

14. Klager heeft vergoeding gevraagd van de door hem in het kader van de onderhavige klachtprocedure gemaakte kosten. Zoals de Hoge Raad heeft geoordeeld in zijn arresten van 10 januari 2003 (NJ 2003, 537), 3 juni 2005 (NJ 2005, 324) en 13 oktober 2006 (nr. C04/286, LJN-nummer AW2082) kan een tuchtrechtelijke procedure 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. Er is geen aanleiding hierover anders te oordelen met betrekking tot een tuchtrechtelijke procedure als de onderhavige waarin bedoelde bijzondere omstandigheden ontbreken. Derhalve is er geen aanleiding om aan de gegrondverklaring van de klachtonderdelen 3 en 4 de consequentie te verbinden dat verzekeraar de advocaatkosten gemaakt in het kader van de tuchtprocedure vergoedt. Ook ziet de Raad geen aanleiding aan de gegrondverklaring van de klachtonderdelen 3 en 4 andere consequenties voor verzekeraar te verbinden te meer nu uit de overgelegde stukken volgt dat klager zelf niet voldoende meewerkt aan een spoedige afwikkeling van deze zaak.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels gegrond en deels ongegrond.

Aldus is beslist op 4 december 2006 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. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)