RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2000/32 Mo

i n d e k l a c h t nr. 083.99

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, alvorens tot uitspraak over te gaan, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

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

Inleiding

Klaagster is op 17 maart 1995 betrokken geweest bij een verkeersongeval, waarbij haar auto door een achter haar rijdende auto werd aangereden. Verzekeraar heeft de aansprakelijkheid van de achterop rijdende automobilist erkend en op grond van de motorrijtuigenverzekering de materiële schade aan klaagster vergoed. Klaagster heeft ook vergoeding gevorderd in verband met nekklachten en een letselschadebureau opdracht gegeven die schade te regelen. Verzekeraar heeft ook een schaderegelingsbureau ingeschakeld. Klaagster verwijt verzekeraar dat hij en/of de schaderegelaar zich zodanig hebben opgesteld dat geen actieve en behoorlijke schaderegeling heeft plaatsgevonden. Verzekeraar wijst dat van de hand.

De klacht

Op 8 mei 1996 hebben partijen overeenstemming bereikt over de keuze van een neuroloog en de aan deze te stellen vragen. In februari 1997 stelde de schaderegelaar die voor verzekeraar optrad, plotseling voor de expertise door een andere neuroloog te laten verrichten. Klaagster heeft laten weten vast te houden aan de oorspronkelijke keuze. Ondanks vele telefonische en schriftelijke rappellen bleef een reactie van de schaderegelaar gedurende acht maanden uit. In 1 oktober 1997 is bij het schaderegelingsbureau dat voor verzekeraar optreedt de behandeling van de zaak overgenomen door een andere schaderegelaar. Deze stelde vragen die al eerder waren besproken. Verder wilde hij niet instemmen met een medische expertise, hoewel daarover al overeenstemming was bereikt, voordat aanvullende medische informatie was

verkregen. Uiteindelijk heeft klaagster ermee ingestemd dat nadere informatie zou worden verstrekt.

Aan klaagster was inmiddels bekend geworden dat de neuroloog over wie partijen het eens waren geworden, wachttijden van zes tot zeven maanden kende en dat die in het algemeen een neuropsycholoog consulteerde die eveneens lange wachttijden kende of niet tijdig rapporteerde. Klaagster heeft de schaderegelaar bericht niet langer met de aanvankelijk gekozen neuroloog in te stemmen en voorgesteld de expertise te laten verrichten door de eerder (in februari 1997) door de schaderegelaar voorgestelde neuroloog. Dit alternatief bleek ineens niet meer bespreekbaar. Ook het voorstel van klaagster de wederzijdse medische adviseurs te laten overleggen om tot een compromis te komen, werd door de schaderegelaar van verzekeraar verworpen. De schaderegelaar vond dat ieder contact via hem moest verlopen. Hij heeft de indruk gewekt de beoordeling van medische vraagstukken zelf ter hand te nemen. Klaagster heeft vervolgens een lijst met namen van ongeveer 20 neurologen overgelegd waaruit de medische adviseur van verzekeraar (of de schaderegelaar) een keuze kon maken. Ook dat voorstel werd niet geaccepteerd. Al die tijd bleef betaling van voorschotten uit waardoor op klaagster een steeds grotere en oneigenlijke druk werd uitgeoefend om zich neer te leggen bij het standpunt dat de schaderegelaar namens verzekeraar had ingenomen.

Klaagster beklaagt zich in verband met het bovenstaande over het volgende.

De behandeling door de schaderegelaar die in oktober 1997 is aangesteld, heeft de medische expertise meer dan 2 jaar vertraagd.

Door te weigeren een neuroloog met een korte wachttijd in te schakelen is verder bijgedragen aan deze vertraging.

Door gedurende deze tijd geen voorschot betaalbaar te stellen is klaagster onder grote druk gezet.

Uit de opstelling en uitspraken van de schaderegelaar is de indruk gewekt dat hij zelf beschikt over medische stukken en/of medische vraagstukken zelf beoordeelt. Hierdoor is de mogelijkheid ontnomen dat er op het juiste niveau gezocht werd naar vormen van consensus.

Door de opstelling van de schaderegelaar en/of verzekeraar kan niet worden aangenomen dat er sprake is van een actieve en correcte schaderegeling.

<u>Het standpunt van verzekeraar</u>

In augustus 1995 is afgesproken dat het door klaagster ingeschakelde letselschadebureau alle voor de beoordeling van de door klaagster geuite gezondheidsklachten noodzakelijke medische gegevens zou verzamelen. De medische adviseur van verzekeraar heeft daarmee geen bemoeienis gehad. Uit de gegevens die in de loop van de behandeling van de zaak ter beschikking kwamen bleek dat klaagster zowel vóór als na de haar overkomen aanrijding bepaalde gezondheidsproblemen heeft gekend die geen causale relatie met het ongeval hebben, maar wel mogelijk verklarend kunnen zijn voor (het voortduren van) haar uitgebreide klachten en de door haar geclaimde volledige arbeidsongeschiktheid. Op grond daarvan waren verzekeraar en het

2000/32 Mo

letselschadebureau het erover eens dat ter objectivering van de oorza(a)k(en) van de klachten medische expertise door een onafhankelijke deskundige nodig was.

Het heeft zeer lang geduurd voordat het letselschadebureau alle medische gegevens had verzameld. Deze kwamen eerst eind augustus 1998 ter beschikking. Toen ondanks intensieve discussies geen overeenstemming kon worden bereikt over de keuze van de deskundige en de aan deze te stellen vragen heeft verzekeraar de rechtbank verzocht een voorlopig deskundigen-onderzoek te gelasten. De mondelinge behandeling van dit verzoek heeft inmiddels plaatsgevonden. De rechtbank heeft nog geen beschikking gegeven. Met betrekking tot de verschillende klachtonderdelen reageert verzekeraar als volgt.

Het is juist dat verzekeraar in februari 1997, nadat overeenstemming was bereikt over de keuze van een neuroloog (overigens in een fase dat het onderzoek nog niet kon worden verricht, omdat de medische informatie nog niet compleet was), daarna nog een andere neuroloog als mogelijkheid heeft genoemd. Klaagster heeft in juni 1997 laten weten dat zij bij voorkeur wilde vasthouden aan de keuze van de (eerste) neuroloog. Bij brief van 24 april 1998 – op dat moment waren de volledige medische gegevens nog steeds niet door het letselschadebureau verstrekt – heeft klaagster zowel een wijziging van de vraagstelling, als van de persoon van de deskundige voorgesteld. Gelet op het bovenstaande kan verzekeraar moeilijk begrijpen waarom klaagster hem verwijt dat klachtwaardig is gehandeld door het opnieuw aan de orde stellen van punten waarover reeds overeenstemming was bereikt. Voorts is het verzekeraar volstrekt onduidelijk wat klaagster bedoelt met het inbrengen van zaken waarvan klaagster niet bekend is uit welke bron de schaderegelaar die heeft vernomen. Voor zover het om feiten gaat heeft verzekeraar uit geen andere bronnen geput dan uit de door het letselschadebureau zelf verstrekte gegevens en de met klaagster gevoerde gesprekken. Ook het verwijt dat door de handelwijze van de door verzekeraar ingeschakelde schaderegelaar de medische expertise meer dan twee jaar zou zijn vertraagd, is onbegrijpelijk.

2000/32 Mo

Aan de aanwijzing van de medische deskundige en de aan deze voor te leggen vraagstelling is een moeizame en langdurige voorgeschiedenis voorafgegaan. In zaken waarin slecht of niet objectiveerbare aandoeningen een rol spelen is dat niet ongewoon. Benadeelden en hun belangenbehartigers plegen te kiezen uit deskundigen die de neiging hebben hun conclusies in belangrijke mate te baseren op datgene wat de belanghebbende hen zegt, terwijl aangesproken partijen daarvan om begrijpelijke redenen ook een goede controle en verificatie nodig achten en daarom voorkeur hebben voor deskundigen die juist datgene doen. Voor verzekeraar stond voorop dat de keuring diende te worden verricht door een deskundige in wie hij vertrouwen kon stellen. Het was dus niet onredelijk dat verzekeraar heeft vastgehouden aan de keuze van de (eerste) neuroloog, wiens deskundigheid ook bij de belangenbehartiger van klaagster niet ter discussie stond. Verzekeraar wilde een nieuw en vermoedelijk langdurig debat over weer andere deskundigen vermijden. Ter zitting van de rechtbank is als compromis een onderzoek door twee deskundigen voorgesteld. De advocaat van klaagster en verzekeraar hebben toen ieder een deskundige genoemd. Klaagster heeft haar medewerking daaraan ter zitting, en ook bij nader inzien, niet willen geven. Verzekeraar herhaalt dat voorstel bij deze. ‘Tenslotte kan het niet zo zijn dat het pas goed is, als verzekeraar doet wat het letselschadebureau – dat een eigen financieel belang bij de afloop van de zaak heeft – zegt.’
Verzekeraar heeft ondanks het feit dat de door klaagster gestelde, schade die aan het ongeval is gerelateerd tot heden niet definitief is onderzocht en vastgesteld in totaal ƒ 39.383,51, aan klaagster vergoed. Bovendien zijn de kosten van een gestelde, noodzakelijke medische behandeling ten bedrage van ƒ 3.410,50 vergoed, terwijl op dat moment nut en noodzaak van die therapie, alsmede een aan het ongeval te relateren oorzaak voor de klachten niet vaststonden. Verzekeraar acht niet ondenkbaar dat het totale door hem uitgekeerde bedrag de rechtens vorderbare schade te boven gaat. Meer dan eens heeft de schaderegelaar aan klaagster een lening aangeboden. Klaagster is daar niet op ingegaan.

Het is verzekeraar niet duidelijk waarop de indruk van klaagster berust dat de schaderegelaar zelf beschikt over de medische stukken en zelf medische vraagstukken beoordeelt. Verzekeraar verwijst naar het separaat ingediende medische verweerschrift.

Het hier bedoelde klachtonderdeel lijkt zelfstandige betekenis te ontberen. Het gaat blijkbaar om een conclusie die voort zou moeten vloeien uit de vier hiervoor vermelde punten die als klacht zijn voorgebracht.

Het commentaar van klaagster

Naar aanleiding van het verweer van verzekeraar heeft klaagster haar klacht over de werkwijze van verzekeraar gehandhaafd.

2000/32 Mo

Medisch rapport

Verzekeraar heeft daarna de Raad bericht dat de rechtbank tot benoeming van een deskundige is overgegaan en dat deze deskundige inmiddels een rapport heeft uitgebracht. Verzekeraar heeft dat rapport aan de Raad overgelegd.

Het overleg met verzekeraar

De Raad heeft aanleiding gevonden de zaak met verzekeraar te bespreken. Bij dit overleg heeft verzekeraar zijn standpunt gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Bij de beoordeling van de klacht moet worden vooropgesteld dat het verzekeraar vrijstaat de behandeling van een schadegeval op te dragen aan een schaderegelingsbureau. Verzekeraar is echter in tuchtrechtelijke zin voor het door hem ingeschakelde schaderegelingsbureau aansprakelijk als voor eigen gedragingen.
2. In de klacht wordt verzekeraar in de eerste plaats verweten dat het schaderegelingsbureau opnieuw punten aan de orde heeft gesteld waaromtrent in een eerder stadium van de behandeling reeds overeenstemming was bereikt. Verzekeraar heeft ontkend dat hij is teruggekomen op afspraken die met betrekking tot de regeling van de onderhavige schade of de te vergoeden schade waren gemaakt. Nu de klacht niet vermeldt op welke afspraken in concreto verzekeraar is teruggekomen en uit de stukken niet blijkt om welke afspraken het hier gaat, is de daarop gerichte klacht niet gegrond.
3. Het tweede onderdeel van de klacht betreft het aanwijzen van een neuroloog als deskundige. Met betrekking tot dit onderdeel van de klacht heeft verzekeraar aangevoerd dat hij wenste vast te houden aan de aanwijzing van de neuroloog over wie aanvankelijk overeenstemming tussen hem en de belangenbehartiger van klaagster bestond, omdat deze neuroloog het vertrouwen van verzekeraar had. Niet gezegd kan worden dat verzekeraar dit standpunt in redelijkheid niet heeft kunnen innemen. In de eerste plaats stond de deskundigheid van deze arts ook voor klaagster niet ter discussie. Zij heeft immers aanvankelijk met diens benoeming ingestemd. Haar latere bezwaar betrof niet de deskundigheid van deze neuroloog, maar de lange wachttijd. In de tweede plaats kon verzekeraar het standpunt innemen dat overleg omtrent de aanwijzing van een andere deskundige opnieuw tijd zou kosten, hetgeen het voordeel van een wellicht kortere wachttijd bij een andere deskundige teniet zou kunnen doen. Ook dit onderdeel van de klacht is derhalve ongegrond.
4. Het derde onderdeel van de klacht betreft het achterwege laten door verzekeraar van het verstrekken van verdere voorschotten. De belangenbehartiger van klaagster heeft daaromtrent aangevoerd dat hij de door klaagster geleden schade,

2000/32 Mo

ten tijde van het indienen van de klacht, begrootte op ƒ 50.000,-. Verzekeraar heeft onweersproken aangevoerd dat hij ƒ 39.383,51 aan voorschotten heeft betaald en bovendien ƒ 3.401,50 ter zake van noodzakelijke medische behandeling. Naar verzekeraar gemotiveerd heeft aangevoerd is denkbaar dat daarmee de schade is vergoed. Onder deze omstandigheden is verdedigbaar het standpunt van verzekeraar dat hij de door klaagster geleden schade geheel heeft vergoed. Daarbij verdient opmerking dat het niet behoort tot de taak van de Raad om een partijen bindende uitspraak te doen omtrent de hoogte van de door klaagster geleden schade. Het oordeel te dier zake is aan de rechter voorbehouden.
5. In het vierde onderdeel van de klacht verwijt verzekeraar dat het schaderegelings-bureau de indruk wekt zelf over voldoende medische kennis te beschikken voor beoordeling van de nadelige gevolgen van het ongeval voor de gezondheid van klaagster en zelf medische aspecten beoordeelt. Verzekeraar heeft dit ontkend. Dat hiervan sprake zou zijn, is uit de overgelegde stukken ook niet gebleken. De Raad kan in het kader van de onderhavige tuchtrechtelijke procedure niet vaststellen of van dit een en ander sprake is geweest.
6. In de vijfde klacht wordt verzekeraar, kort gezegd, verweten dat de behandeling van het onderhavige schadegeval te traag verloopt. Met betrekking tot de voortgang van de schadebehandeling komt uit de stuken het volgende naar voren. Het ongeval heeft plaatsgevonden op 17 maart 1995. Op 8 mei 1996 werd overeenstemming bereikt omtrent de inschakeling van een door een arts te verrichten expertise. Op 7 november 1996 werden een aantal posten door het schaderegelingsbureau erkend. Over de aan de als deskundige aan te wijzen arts voor te leggen vragen werd verder onderhandeld. Op 25 februari 1997 is door het schaderegelingsbureau geschreven over de aan te wijzen arts. Daarop is namens klaagster geantwoord op 2 juni 1997. Het dossier bevat vervolgens brieven van het door verzekeraar ingeschakelde schaderegelingsbureau van 15 januari 1998 en namens klaagster van 24 april 1998. Uit de aan de Raad bekende gegevens komt naar voren dat bij de behandeling van de onderhavige zaak vertraging is opgetreden. De Raad kan uit deze gegevens echter niet afleiden aan wie of waaraan deze vertraging is te wijten. De Raad vindt daarin aanleiding verzekeraar in de gelegenheid te stellen hem binnen vier weken na de toezending van deze uitspraak nader bij brief in te lichten omtrent het verloop van de onderhandelingen met betrekking tot de regeling van het onderhavige schadegeval. Verzekeraar wordt verzocht een afschrift van zijn brief te zenden aan de gemachtigde van klaagster, die in de gelegenheid is binnen vier weken na verzending van dit afschrift op de brief van verzekeraar te reageren.

De beslissing
De Raad:
Verklaart de hiervoor onder 2 tot en met 5 besproken klachten ongegrond;
Houdt de beslissing met betrekking tot de hiervoor onder 6 bedoelde klacht aan.

2000/32 Mo

Aldus is beslist op 20 maart 2000 door Mr. F.H.J. Mijnssen, voorzitter,
Mr. H.C. Bitter, Mr. B. Sluijters, D.F. Rijkels, arts en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. C.A.M. Splinter, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnssen)

De Secretaris:

(Mr. C.A.M. Splinter)