Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0683

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, prof. mr. M.L. Hendrikse,
mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	4 september 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V. handelend onder de naam Achmea GlobalNeth, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

Motorrijtuigverzekering. De consument heeft voor haar motor een verzekering met een dekking ongevallen opzittenden. Zij heeft blijvend letsel opgelopen door een motorongeval. De consument maakt aanspraak op vergoeding van het volledige verzekerde bedrag van € 25.000,- omdat de medische expertise niet binnen twee jaar heeft plaatsgevonden en de medische informatie bevestigt dat het opgelopen letsel zeer ernstig is. De verzekeraar heeft aangeboden om uitkering te doen op basis van 30% blijvende invaliditeit vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de 366e dag na het ongeval tot 21 november 2022, de dag van aanbod, totaal € 10.438,05. De commissie oordeelt dat de in de voorwaarden genoemde termijn van twee jaar niet ziet op de termijn waarbinnen een expertise moet plaatsvinden. Tegenover het gemotiveerde standpunt van de verzekeraar op basis van het advies van de medisch adviseur heeft de consument haar stelling dat zij aanspraak heeft op de volledige verzekerde som onvoldoende onderbouwd. De commissie wijst het door de verzekeraar aangeboden bedrag van € 10.438,05 toe.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De commissie heeft overwogen om partijen voor een zitting uit te nodigen. De consument heeft echter kenbaar gemaakt dat zij niet in staat is om aan een (digitale) zitting deel te nemen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft bij de verzekeraar een "Alles in één Polis" een pakketverzekering met onder meer een motorrijtuigverzekering voor haar motor met een dekking ongevallen opzittenden, met een verzekerd bedrag tot € 25.000,- bij blijvende invaliditeit, hierna: de verzekering. Op de verzekering zijn van toepassing de "Bijzondere voorwaarden Motorrijtuigverzekering, Ongeval Motor Opzittenden, model 202C3", hierna: de voorwaarden. Het voor de beoordeling van dit geschil relevante artikel 3 van de voorwaarden is opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

2.2 Op 28 juli 2008 is de consument rijdend op haar motor in de file van achter aangereden door een auto, hierna te noemen 'het ongeval'. Terwijl de consument bijna stilstond, werd zij met hoge snelheid aangereden.

2.3 De consument had bij de verzekeraar ook een rechtsbijstandverzekering die deel uitmaakte van de pakketverzekering. Zij werd bij het verhaal van haar schade op de autoverzekering van de wederpartij en bij het beroep op de verzekering bijgestaan door een belangenbehartiger van haar rechtsbijstandsverzekeraar.

2.4 De belangenbehartiger van de consument heeft de verzekeraar in april 2010 bericht dat er mogelijk sprake was van blijvend letsel. In oktober 2010 liet hij weten dat er nog geen duidelijkheid was over de mate van blijvende invaliditeit. In januari 2011 volgde het bericht van de belangenbehartiger dat zijn medisch adviseur verwachtte geen percentage blijvende invaliditeit te kunnen uitspreken. Daarop heeft de medisch adviseur van de verzekeraar op basis van de beschikbare medische informatie geschat dat de mate van blijvende invaliditeit van de consument als gevolg van het ongeval lag tussen 7 en 30%. Na afstemming van de vraagstelling met de belangenbehartiger van de consument heeft op 16 december 2011 een orthopedische expertise plaatsgevonden. De consument heeft gebruik gemaakt van haar blokkeringsrecht, zodat de verzekeraar geen kennis heeft kunnen nemen van de uitkomst van deze expertise.

2.5 De verzekeraar heeft de consument het aanbod gedaan om een uitkering te doen, uitgaande van 30% blijvende invaliditeit, zijnde een bedrag van € 7.500,- plus vergoeding van de wettelijke rente vanaf de 366^{e} dag na het ongeval tot 21 november 2022, de dag van het aanbod. De consument heeft dit aanbod niet geaccepteerd, maar de verzekeraar heeft het aanbod gehandhaafd.

De klacht en vordering

2.6 De klacht van de consument is dat de mate van haar blijvende invaliditeit niet twee jaar na het ongeval is vastgesteld. Volgens de voorwaarden had de verzekeraar dat wel binnen die termijn moeten doen.

De verzekeraar heeft volgens de consument weinig inzet getoond om de medische gegevens te verkrijgen voor de beoordeling van de claim. Zij betwist dat de verzekeraar pas in 2011 medische informatie heeft ontvangen. Hij was daarvan op de hoogte via degene die haar namens de verzekeraar meerdere keren thuis heeft bezocht. Juist omdat de verzekeraar ermee bekend was dat de schade groot was, heeft hij de afwikkeling volgens de consument getraineerd. De uitslag van de orthopedische expertise heeft zij in overleg met haar advocaat niet vrijgegeven. Er is haar nooit uitgelegd wat dit betekende voor de voortzetting van haar zaak. Het voorstel van de verzekeraar maakt de consument achterdochtig omdat de verzekeraar nooit met haar heeft meegedacht. De consument heeft het gevoel dat ze zichzelf beperkt in het zetten van verdere stappen als ze dit aanbod aanneemt. De consument vordert het op de dekking voor ongevallen opzittenden maximaal verzekerde bedrag van € 25.000,- vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 28 juli 2008.

Het verweer

2.7 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

3.1 De commissie ziet zich gesteld voor de vraag of de consument recht heeft op vergoeding van de volledige verzekerde som van € 25.000,- bij blijvende invaliditeit. Naar het oordeel van de commissie heeft de consument geen recht op de volledige verzekerde som en zij legt hierna uit waarom.

Vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit

3.2 De mate van blijvende invaliditeit stelt de verzekeraar volgens artikel 3 lid 2 onder a van de voorwaarden vast op basis van de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (verder te noemen de AMA-Guides). De medisch adviseur van de verzekeraar heeft op basis van de beschikbare medische informatie en de AMA-Guides de mate van blijvende invaliditeit van de consument geschat tussen 7 en 30%. Hierbij heeft de medische adviseur een orthopedische expertise voorgesteld om dit percentage preciezer vast te stellen. Deze expertise heeft ook plaatsgevonden. Vervolgens heeft de verzekeraar naar eigen zeggen in december 2012 bericht ontvangen dat de consument zich op haar blokkeringsrecht had beroepen en dus had geweigerd de uitkomst ervan vrij te geven omdat zij vond dat de uitkomst geen recht deed aan haar klachten en beperkingen. De consument betwist niet dat zij om de hiervoor genoemde reden geweigerd heeft de uitkomst van de orthopedische expertise vrij te geven. De mate van blijvende invaliditeit van de consument kan dus niet nader worden vastgesteld door de weigering van de consument. Hiervan treft de verzekeraar geen verwijt.

3.3 De verzekeraar baseert zijn standpunt dat de mate van blijvende invaliditeit van de consument op basis van de AMA-Guides niet hoger ligt dan 30% dus op het advies van de medisch adviseur. Tegenover dit onderbouwde standpunt heeft de consument onvoldoende onderbouwd dat de ernst van het door haar opgelopen letsel tot een hoger percentage blijvende invaliditeit leidt. Dit betekent dat de commissie uitgaat van een percentage van blijvende invaliditeit van maximaal 30%.

3.4 Het verwijt van de consument dat de verzekeraar haar niet over de consequentie van de weigering heeft geïnformeerd, treft ook geen doel. De consument heeft haar keuze om de uitkomst van de orthopedische expertise niet met de verzekeraar te delen naar eigen zeggen genomen in overleg met haar advocaat. De verzekeraar mocht er daarom vanuit gaan dat de beslissing goed geïnformeerd door de consument is genomen.

De tweejaarstermijn

3.5 Bij de beoordeling van de vraag of de verzekeraar de mate van invaliditeit binnen twee jaar had moeten vaststellen, zoals de consument stelt, geldt als uitgangspunt wat daarover in de voorwaarden staat. Daarin is vastgelegd wat partijen met elkaar hebben afgesproken. De tweejaarstermijn staat genoemd in artikel 3 van de voorwaarden (zie bijlage) in de zin: *"Als er binnen twee jaar na het ongeval nog geen onveranderlijke toestand is, wordt de mate van invaliditeit toch vastgesteld."* Partijen hebben niet onderhandeld over de voorwaarden, zodat deze objectief moeten worden uitgelegd, uitgaande van de bewoordingen waarin de bepaling is gesteld, gelezen in het licht van de voorwaarden als geheel.[1]

3.6 De commissie volgt de verzekeraar in zijn lezing van deze bepaling dat de mate van invaliditeit na twee jaar kán worden vastgesteld en niet dat deze twee jaar na het ongeval moet worden vastgesteld. Uit het geheel van artikel 3 van de voorwaarden volgt namelijk dat de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit vereist dat de verzekeraar beschikt over voldoende medische informatie. Bovendien wordt de consument gecompenseerd voor een latere vaststelling van de blijvende invaliditeit doordat in hetzelfde artikel is bepaald dat vanaf de 366e dag na het ongeval de wettelijke rente over de uitkering wordt vergoed. Dat recht bestaat op het totaal verzekerde bedrag als de mate van blijvende invaliditeit niet na twee jaar na het ongeval wordt vastgesteld blijkt niet uit de voorwaarden.

Vertraging in de afwikkeling

3.7 De consument verwijt de verzekeraar ook dat hij weinig inzet heeft getoond om de medisch informatie te verkrijgen en de afwikkeling bewust heeft getraineerd.

[1] HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601, rechtsoverweging 3.3.2 en HR 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800, rechtsoverweging 3.7.5, te vinden op www.rechtspraak.nl

De verzekeraar heeft dit verwijt gemotiveerd betwist. Pas in april 2010 heeft hij vernomen dat de consument mogelijk blijvend letsel zou houden aan het ongeval. In oktober 2010 liet haar belangenbehartiger weten dat er nog geen duidelijkheid was over de mate van blijvende invaliditeit. Na ontvangst van de medische informatie in januari 2011, heeft de verzekeraar de mate van blijvende invaliditeit van de consument alsnog getracht te laten vaststellen. Echter, op basis van de beschikbare medische informatie kon slechts worden vastgesteld dat sprake was van een mate van blijvende invaliditeit tussen 7 en 30%. De verzekeraar heeft daarom de mate van blijvende invaliditeit nauwkeuriger willen bepalen en een orthopedische expertise laten uitvoeren. De uitkomst van die expertise heeft de consument evenwel geblokkeerd. De consument heeft tegenover deze gemotiveerde betwisting niet kunnen aantonen dat de verzekeraar de afwikkeling heeft vertraagd. Bovendien heeft de consument niet onderbouwd dat een eerdere beoordeling tot een ander oordeel over de blijvende invaliditeit van de consument en dus een hogere uitkering van de verzekering zou hebben geleid, laat staan een vergoeding van het volledige verzekerde bedrag. Om de vertraging van de uitkering te compenseren heeft de verzekeraar aangeboden om de consument de wettelijke rente over de uitkering te betalen vanaf de 366e dag na het ongeval tot aan de dag van het aanbod. Dit aanbod komt overeen met het recht van de consument op grond van artikel 3 lid 2 sub a van de voorwaarden en komt de commissie deugdelijk voor.

Uitkering

3.8 De verzekeraar heeft in de procedure haar aanbod gestand gedaan om op basis van de claim een bedrag van € 10.438,05 aan de consument te willen uitkeren. Dit bedrag is gebaseerd op 30% blijvende invaliditeit met de rente over dit bedrag vanaf de 366e dag na het ongeval. Omdat tussen partijen niet ter discussie staat dat de consument recht heeft op een uitkering en de commissie op basis van het gehele dossier geen redenen heeft om aan te nemen dat de consument aanspraak heeft op een hoger bedrag, gaat zij hiervan uit.

Ambtshalve toetsing

3.9 Voor de beoordeling van de klacht is het beding in artikel 3 lid 2 van de voorwaarden inzake het recht op uitkering bij blijvende invaliditeit van belang. Dit beding is door de commissie getoetst aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht waarvoor ambtshalve toetsing geldt en de commissie acht het beding niet in strijd met deze regelgeving.

Conclusie

3.10 De vordering wordt in die zin toegewezen dat de verzekeraar een bedrag van € 10.438,05 aan de consument moet betalen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar een bedrag van € 10,438,05 aan de consument vergoedt, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

Bijzondere voorwaarden Motorrijtuigenverzekering (Model 202C3)

Ongeval Opzittenden

(…)

Artikel 3 Wat is verzekerd

1 Recht op uitkering bij overlijden
In geval van overlijden van de verzekerde als rechtstreeks gevolg van een ongeval, keren wij het bedrag uit dat verzekerd is voor overlijden.
Als wij voorafgaand aan het overlijden een uitkering hebben gedaan vanwege blijvende invaliditeit die het gevolg was van hetzelfde ongeval, dan wordt deze uitkering in mindering gebracht op de uitkering voor overlijden.
Als de uitkering die wij hebben gedaan vanwege blijvende invaliditeit hoger is dan de uitkering wegens overlijden, vorderen wij daarvan niets terug.
2 Recht op uitkering bij blijvende invaliditeit
In geval van blijvende invaliditeit van de verzekerde als rechtstreeks gevolg van een ongeval, wordt door ons een uitkering wegens blijvende invaliditeit verstrekt. Onder blijvende invaliditeit verstaan wij: blijvend geheel of gedeeltelijk verlies of functieverlies van een deel of orgaan van het lichaam van de verzekerde. Als de verzekerde overlijdt door een andere oorzaak dan door het ongeval voordat de blijvende invaliditeit is vastgesteld, dan blijft het recht op uitkering vanwege blijvende invaliditeit bestaan. De hoogte van de uitkering wordt bepaald aan de hand van de definitieve mate van invaliditeit, zoals die verwacht werd op grond van medische rapporten, als de verzekerde niet overleden zou zijn.
a Vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit. De mate van blijvende invaliditeit wordt alleen vastgesteld via medisch onderzoek dat in Nederland is uitgevoerd. Voor de bepaling van de mate waarin de verzekerde blijvend invalide is, hanteren wij precieze maatstaven. Dat zijn de maatstaven die vastgelegd zijn in de laatste uitgave van de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment". Dit is een uitgave van de A.M.A.. De richtlijnen die daarin staan, worden nog aangevuld met richtlijnen van de Nederlandse specialistenvereniging
(…)
-Vaststelling blijvende invaliditeit, schatting na twee jaar
De mate van blijvende invaliditeit wordt vastgesteld zodra sprake is van een onveranderlijke toestand. Als er binnen twee jaar na het ongeval nog geen onveranderlijke toestand is, wordt de mate van blijvende invaliditeit toch vastgesteld. Deze wordt gelijkgesteld met de definitieve mate van invaliditeit, zoals die kan worden verwacht op grond van medische gegevens die dan aanwezig zijn.

- Vaststelling vergoeding wettelijke rente
Als binnen één jaar na de datum van het ongeval nog geen blijvende invaliditeit is vastgesteld, vergoeden wij vanaf de 366e dag na de datum van het ongeval de wettelijke rente over de uitkering. Als wij al voorschotten op de uitkering hebben gedaan, vergoeden wij daarover geen rente.
b Vaststelling van de uitkering vanwege blijvende invaliditeit.
De uitkering wegens blijvende invaliditeit wordt berekend door het bedrag dat voor invaliditeit verzekerd is te vermenigvuldigen met de mate van blijvende invaliditeit. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van uitkeringspercentages op basis van de A.M.A.-guides. Uitkeringspercentage bij volledig (functie)verlies van alleen een
een arm 60%
een hand..... 54%
een duim..... 22%
een been..... 40%
een voet..... 25%
Bij een combinatie van letsels als gevolg van één en hetzelfde ongeval wordt het uitkeringspercentage vastgesteld door de invaliditeitspercentages van de verschillende letsels te combineren volgens de A.M.A.-richtlijnen. Voor één of meer ongevallen wordt in totaal nooit méér uitgekeerd dan het bedrag dat voor blijvende invaliditeit verzekerd is.