RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/067 Rbs

i n d e k l a c h t nr. 2004.5758 (142.04)

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 uitspraak te doen, 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 heeft bij verzekeraar een rechtsbijstandverzekering gesloten.

In 2002 is verzekeraar aan klaagster rechtsbijstand gaan verlenen inzake een arbeidsconflict. In oktober 2002 heeft klaagster aan een advocaat opdracht gegeven haar zaak verder te behandelen.

Klaagster heeft een beroep gedaan op de in artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden opgenomen geschillenregeling. Deze luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

'Als de verzekerde het oneens blijft met het oordeel van de maatschappij over de haalbaarheid of de wijze van behandeling, dan kan de verzekerde verzoeken dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar zijn keuze'.

De klacht

De klacht bestaat uit 5 onderdelen:

1. Verzekeraar heeft onzorgvuldig gehandeld, was onvoldoende bereikbaar (zowel voor klaagster als voor haar voormalige werkgever), heeft onvoldoende voorlichting en advies gegeven, bleek onvoldoende deskundig te zijn en heeft zich onvoldoende in de materie van het dossier en in de betreffende juridische regelgeving verdiept.

2. Verzekeraar is ten onrechte niet bereid gebleken om de geschillenregeling van artikel 9 van de polis toe te passen op het geschil dat met klaagster ontstond. Tevens ontbrak bij verzekeraar een adequate interne klachtenbehandeling.

3. Verzekeraar heeft ten onrechte in zijn polis en andere informatie niet vermeld dat een verzekerde zich bij een klacht kan wenden tot de Ombudsman Verzekeringen en/of de Raad.
4. Het inadequate optreden van verzekeraar heeft er niet alleen toe geleid dat klaagster een advocaat heeft moeten inschakelen en zijn declaraties heeft moeten voldoen, doch klaagster heeft daardoor ook een schade geleden van één maandsalaris ad € 2.563,07 netto.
5. Verzekeraar is ten onrechte niet bereid geweest om klaagster toe te staan een eigen advocaat te kiezen en diens declaraties te betalen.

Tot slot vordert klaagster vergoeding van de in het kader van de onderhavige klachtprocedure gemaakte advocaatkosten ad € 4.414,90 inclusief kantoorkosten en BTW.

Ad klachtonderdeel 1. Op 29 januari 2002 heeft klaagster zich tot verzekeraar gewend met een probleem in haar arbeidssituatie. Er werd haar toen een medewerker van verzekeraar toegewezen. Het eerste contact met deze medewerker vond plaats in april 2002. Een intakegesprek of bespreking heeft niet plaatsgevonden. Begin juli 2002 werd duidelijk dat de werkgever van klaagster de arbeidsovereenkomst met klaagster wilde beëindigen wegens een reorganisatie. Klaagster wenste in elk geval vanaf dit moment contact met verzekeraar te hebben en besprekingen te voeren. Eerst op 15 oktober 2002 heeft evenwel - op dringend verzoek van klaagster - een bespreking tussen de medewerker van verzekeraar en klaagster plaatsgevonden.

De toegewezen medewerker van verzekeraar was in het algemeen onbereikbaar. Ook de werkgever van klaagster heeft geklaagd over de onbereikbaarheid van de medewerker van verzekeraar en zijn trage en inadequate optreden.

De medewerker van verzekeraar heeft de situatie nimmer integraal beoordeeld en daarover aan klaagster vragen gesteld. Weliswaar heeft zij hem zelfstandig haar arbeidsovereenkomst gefaxt, doch in een bedrijf als dat van de werkgever van klaagster figureren daarnaast nog andere stukken waarin arbeidsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals personeelsreglementen. De medewerker van verzekeraar had hierover moeten spreken en daarnaar moeten vragen.

Bij de reorganisatie en de afvloeiing werd de arbeidsrechtelijke positie van klaagster bepaald door het Sociaal Plan van de werkgever. Klaagster stelt dat zij dit plan in zijn geheel aan de medewerker van verzekeraar heeft gezonden; deze daarentegen heeft (overigens pas voor het eerst op 11 november 2002) gesteld dat hij slechts de inhoudsopgave daarvan heeft ontvangen. Gesteld dat dat juist is, dan had hij onverwijld de integrale tekst van het Sociaal Plan bij klaagster op moeten vragen. In het Sociaal Plan (artikel 2.4) staan de componenten die tot het bruto maandsalaris leiden waarop vervolgens een vermenigvuldigingsformule wordt losgelaten. De werkgever heeft daarbij fouten gemaakt. De medewerker van verzekeraar heeft deze niet bemerkt omdat hij niet over het Sociaal Plan beschikte. Voorts heeft de medewerker van verzekeraar klaagster niet voorgelicht over de juridische aspecten terzake haar 90 nog openstaande vakantiedagen.

Voorts heeft de medewerker van verzekeraar een belangrijke e-mail van 27 augustus 2002 van de werkgever van klaagster niet aan klaagster gezonden terwijl hij dat wel had moeten doen. Daarin beschrijft de werkgever een wilsovereenstemming die zij met de medewerker van verzekeraar zou hebben getroffen. De medewerker van verzekeraar heeft klaagster daarvan ook niet mondeling op de hoogte gesteld. Klaagster heeft toen zij van deze regeling

hoorde, deze afgewezen. De medewerker van verzekeraar heeft één brief wel aan klaagster doorgezonden - te weten een concept brief van hem aan de werkgever - doch zonder enig commentaar.

De medewerker van verzekeraar verwijt klaagster niet met een tegenvoorstel te zijn gekomen op het voorstel van de werkgever. Op zichzelf is het juist dat klaagster dat niet heeft verstrekt, doch zij had daar moeite mee en was onvoldoende van haar positie op de hoogte. De medewerker van verzekeraar had dit moeten onderkennen en had klaagster moeten uitnodigen om tijdens een bespreking een en ander door te nemen en aldus tot een voor haar aanvaardbaar tegenvoorstel te komen.

De medewerker van verzekeraar heeft aan de werkgever een bonus van een halve maand bruto salaris voorgesteld wegens het 10-jarige dienstverband van klaagster, terwijl klaagster recht had op een volle maand bruto salaris.

Tot slot gold voor klaagster een optieregeling waarvan zij de stukken aan de medewerker van verzekeraar heeft verstrekt. Op basis daarvan had klaagster vragen, doch de medewerker van verzekeraar is daarop nimmer ingegaan.

Ad klachtonderdeel 2. Krachtens artikel 61 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf (Wtv) 1993 dient een rechtsbijstandverzekeraar te voorzien in een procedure welke de gedragslijn bepaalt bij een verschil van mening over de regeling van het geschil waarvoor de verzekerde een beroep op de rechtsbijstandverzekering heeft gedaan.

Artikel 9 van de polis van verzekeraar bepaalt dat wanneer een verzekerde met de maatschappij van mening verschilt over de haalbaarheid van een zaak of de wijze van behandeling daarvan, de verzekerde een verzoek kan doen om dit verschil van mening voor te leggen aan een Nederlandse advocaat naar zijn keuze. Verzekeraar stelt dat het hier alleen maar om de haalbaarheid van de zaak gaat, doch het artikel bestrijkt blijkens de tekst ook geschillen over de manier van aanpak door verzekeraar van de zaak. Dat valt volgens klaagster geheel binnen de woorden "verschil van mening over de regeling van het geschil" als vermeld in artikel 61 Wtv 1993. Indien dit evenwel niet het geval is - quod non - heeft verzekeraar vrijwillig een uitbreiding aan de toetsingsmogelijkheid gegeven via de woorden "of de wijze van behandeling".

Voor zover het hier om een onduidelijke polisbepaling zou gaan - quod non - dan moet deze volgens de wet en de vaste jurisprudentie in het voordeel van de verzekerde uitgelegd worden. Verzekeraar heeft het verzoek om toepassing van artikel 9 van de polis evenwel afgewezen.

Daarnaast ontbreekt bij verzekeraar een adequate interne klachtenbehandeling. De medewerker van verzekeraar die het dossier van klaagster behandelde was ook degene die de klachten tegen zijn optreden afdeed. Klaagster heeft daartegen geprotesteerd, doch dat mocht niet baten. Dit is in strijd met hetgeen de Ombudsman (schade)verzekering in zijn jaarverslagen heeft aangevoerd.

Ad klachtonderdeel 3. Klaagster zelf wist niet dat het mogelijk was een klacht bij de Ombudsman Verzekeringen of de Raad in te dienen.

Ad klachtonderdeel 4. De werkgever heeft klaagster op 30 juli 2002 een voorstel tot beëindiging gedaan dat - al dan niet na bijstelling - uiterlijk op 21 augustus 2002 aanvaard diende te worden**.** Hierbij was een ontbindingsdatum voorzien van 1 september 2002. Door het inadequate optreden van de medewerker van verzekeraar werden de data alsmaar verschoven hetgeen voor de werkgever inhield dat hij het salaris van klaagster alsmaar moest doorbetalen. Daartoe was de werkgever evenwel niet bereid. In oktober 2002 heeft de door

klaagster ingeschakelde advocaat een tegenvoorstel geformuleerd. Dit hield onder meer in dat nog in oktober tot een ontbindingsbeslissing zou worden gekomen teneinde de verplichting tot salarisbetaling door de werkgever zo spoedig mogelijk te doen eindigen. Tevens zou hierdoor een aanspraak van klaagster op WW ontstaan. Over de andere elementen van de beëindiging zou dan later worden onderhandeld. In de lijn hiervan kwam de beslissing van de kantonrechter reeds op 31 oktober af met ontslag tegen 1 december 2002. Hierbij had de werkgever bedongen dat hij de maand november niet meer zou betalen. Dit heeft klaagster in de gegeven omstandigheden moeten accepteren. Daardoor derfde zij echter één maand salaris.

Ad klachtonderdeel 5. De dienstverlening door verzekeraar was ver onder de maat en de relatie met klaagster was daardoor geschaad. Verzekeraar had klaagster dan ook toestemming moeten verlenen om een eigen advocaat in te schakelen en had diens declaraties moeten betalen. Dit heeft hij evenwel nagelaten. Klaagster wenst vergoeding van de door haar gemaakte advocaatkosten. Deze bedragen totaal € 9.674,94 inclusief kantoorkosten en BTW.

Het standpunt van verzekeraar

In eerste instantie heeft een medewerker van verzekeraar klaagster rechtshulp verleend. Het eerste overleg tussen klaagster en haar advocaat dateert van 14 oktober 2002, waarna klaagster op of omstreeks 26 november 2002 zelf aan deze advocaat heeft gevraagd haar belangen in bovengenoemde zaak te gaan behartigen. Vervolgens is het dossier op 29 november 2002 door de medewerker van verzekeraar aan de advocaat overgelegd. Hierna heeft geen contact tussen de advocaat en verzekeraar meer plaatsgevonden. Uit de klachtbrief van 12 november 2004 volgt dat het geschil met de werkgever inmiddels al bijna twee jaar terug integraal is afgewikkeld.

In de polisvoorwaarden van verzekeraar is verwoord dat, en hoe een verzekerde een klacht kan indienen bij de directie van verzekeraar, het Klachteninstituut Verzekeringen en de bevoegde rechter. Daarnaast is de klachtprocedure opgenomen op de internetsite van verzekeraar. Het spreekt voor zich dat verzekeraar al zijn medewerkers de nodige training en scholing geeft om de vorenstaande uitgangspunten op een juiste wijze in de praktijk te kunnen realiseren.

Voor wat betreft het optreden van verzekeraar in het onderhavige dossier moet verzekeraar helaas vaststellen dat de medewerker van verzekeraar hier niet altijd naar behoren heeft gehandeld. Dit geldt niet alleen voor de juridische aanpak van het dossier, maar ook voor de communicatie hierover met klaagster. Het optreden van deze medewerker van verzekeraar had beter gekund en gemoeten.

Klaagster heeft op een aantal momenten aan de medewerker van verzekeraar mededeling gedaan van haar ontevredenheid over zijn optreden. Naderhand heeft ook de advocaat van klaagster namens klaagster op eenzelfde manier gehandeld. Uit de klachtcorrespondentie valt op te maken dat de geuite klachten niet op een voor klaagster acceptabele wijze door de medewerker van verzekeraar zijn opgelost. In eerste instantie is door klaagster een beroep op de geschillenregeling gedaan, terwijl in een later stadium is gesteld dat het handelen van verzekeraar overdracht aan de advocatuur zou rechtvaardigen.

De medewerker van verzekeraar heeft het beroep op de geschillenregeling terecht niet gehonoreerd. Uit het bepaalde in artikel 61 Wtv 1993

volgt dat de geschillenregeling uitsluitend betrekking heeft op een blijvend verschil van mening over de juridisch inhoudelijke behandeling van de zaak. De motivering voor het gedane beroep op de geschillenregeling betrof de kritiek op de in het verleden geleverde prestaties van de medewerker van verzekeraar. Over de juridische aanpak, dat wil zeggen de te volgen tactiek, bestond geen blijvend verschil van mening. Wel kan verzekeraar zich voorstellen dat bij klaagster twijfel ontstond of haar zaak bij de medewerker van verzekeraar in goede handen was.

Zowel klaagster als haar advocaat - daargelaten een éénmalig telefoongesprek tussen laatstgenoemde en de leidinggevende van de medewerker van verzekeraar, hetwelk helaas niet tot een oplossing heeft geleid - hebben alleen met de betreffende medewerker van verzekeraar zelf over de afhandeling van de geuite klachten gecommuniceerd. Dit ook in een nader klachtstadium, nadat reeds volstrekt duidelijk was geworden dat tussen klaagster en de medewerker van verzekeraar het vertrouwen niet meer aanwezig was. De medewerker van verzekeraar - die al geruime tijd niet meer bij verzekeraar werkzaam is - heeft niet conform de interne regelgeving gehandeld door onterecht de beantwoording van de klachtcorrespondentie en de afwikkeling hiervan aan zichzelf te houden.

De klachten van klaagster zijn niet rechtstreeks geuit aan de directie van verzekeraar. Hierdoor heeft de directie in het geheel geen kennis kunnen nemen van de onderhavige klachtsituatie en het feit dat hiervoor geen oplossing was bereikt. Dit heeft ertoe geleid dat de directie van verzekeraar eerst nu - meer dan twee jaar na de laatste correspondentie tussen zijn medewerker en de advocaat van klaagster en pas ruimschoots na de afhandeling van de eigenlijke zaak zelf - voor de eerste keer met de klachten geconfronteerd werd.

Verzekeraar wil ook thans nog een redelijke oplossing voor klaagster nastreven. Dit is de reden geweest dat verzekeraar getracht heeft in constructief overleg met klaagster te geraken. Uit de telefax van de advocaat van klaagster van 4 februari 2005 bleek helaas dat klaagster niet bereid is alsnog een dergelijk overleg met verzekeraar aan te gaan. Bij gebreke van overleg komt het verzekeraar opportuun voor het voorstel thans onder de aandacht van de Raad te brengen. Het voorstel van verzekeraar komt erop neer dat verzekeraar bereid is de door klaagster gemaakte advocaatkosten van € 9.674,94 en vergoeding van het gevorderde bedrag van € 2.563,07 te betalen. Verzekeraar is ook bereid hierover de wettelijke rente vanaf 1 januari 2004 te vergoeden. Klaagster heeft daarnaast nog gevraagd om een vergoeding van de in het kader van de onderhavige procedure voor het Klachteninstituut gemaakte en nog te maken advocaatkosten. Verzekeraar is van mening dat deze kostenvergoeding niet binnen het bereik van een redelijke oplossing valt. Bij een tijdige en juiste klachtmelding aan de directie van verzekeraar had reeds op dat moment in een redelijke oplossing kunnen worden voorzien. Een procedure als de onderhavige had dan achterwege kunnen blijven. Daarbij weegt mee dat klaagster voortdurend werd bijgestaan door een advocaat. Het had voor de hand gelegen dat deze advocaat, nu met de medewerker van verzekeraar en zijn leidinggevende geen redelijke oplossing bereikt kon worden, zich tot de directie van verzekeraar had gewend.

Het commentaar van klaagster

Klaagster heeft, na kennisneming van het verweer van verzekeraar, klachtonderdeel 3 ingetrokken. De overige klachtonderdelen heeft klaagster gehandhaafd en nader toegelicht. Klaagster heeft nog opgemerkt dat de polis die

zij in haar bezit heeft afwijkt van het exemplaar dat verzekeraar op 13 januari jl. aan de Raad heeft gezonden. Een paragraaf over de behandeling van klachten en geschillen tegen verzekeraar ontbreekt in het exemplaar dat klaagster in haar bezit heeft.

Klaagster en haar advocaat hebben voldoende gepoogd om andere instanties binnen verzekeraar zich met het dossier te laten bezighouden. Indien de passage onder artikel 14 uit de door verzekeraar overgelegde polis in de polis van klaagster had gestaan, dan hadden klaagster en haar advocaat uiteraard de daarin aangegeven weg gevolgd.

Klaagster ontkent dat bij verzekeraar in 2002 een interne richtlijn over de wijze van klachtenbehandeling gold en dat toen reeds op de internetsite van verzekeraar een klachtenprocedure zou hebben gestaan.

Voorts heeft klaagster gemotiveerd aangevoerd dat sprake is van bijzondere omstandigheden die ertoe leiden dat verzekeraar gehouden is de kosten van rechtsbijstand in de onderhavige klachtprocedure te vergoeden. Aan de reeds gevorderde advocaatkosten terzake de klachtprocedure dient een bedrag ad € 4.238,30 inclusief BTW te worden toegevoegd.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Deze heeft erkend dat de behandeling van de zaak door de medewerker van verzekeraar onvoldoende is geweest. Voorts heeft verzekeraar aangegeven dat met “de wijze van behandeling” zoals opgenomen in artikel 9 van de polis is bedoeld de inhoudelijke juridische behandeling.

Wat betreft de interne klachtprocedure heeft verzekeraar nog aangevoerd dat deze niet expliciet is vastgelegd in regelgeving, maar in het opleidingstraject voor medewerkers van verzekeraar uitvoerig aan de orde komt.

Verzekeraar heeft tot slot nog aangevoerd dat hij bereid is klaagster een redelijke vergoeding voor de ten behoeve van de klachtprocedure gemaakte advocaatkosten te voldoen, maar dat hij het door klaagster gevorderde bedrag veel te hoog vindt.

Het oordeel van de Raad

1. Klaagster beklaagt zich in het eerste klachtonderdeel over een aantal aspecten van de wijze waarop verzekeraar haar rechtsbijstand heeft verleend. Verzekeraar heeft erkend dat niet alleen de juridische aanpak van het dossier, maar ook de communicatie hierover met klaagster onvoldoende is geweest. In zoverre is dit klachtonderdeel gegrond. Dit leidt ertoe dat ook het vierde en vijfde klachtonderdeel gegrond worden verklaard. Verzekeraar heeft aangeboden de door klaagster geleden schade bestaande uit één maandsalaris ad € 2.563,07 en de door klaagsters advocaat gemaakte kosten ter zake van zijn bemoeienissen met het dossier ad € 9.674,94 incl. BTW te vergoeden, alsmede de wettelijke rente hierover vanaf 1 januari 2004. De Raad gaat ervan uit dat verzekeraar het aan klaagster gedane aanbod gestand zal doen, en verbindt derhalve geen verdere consequenties aan de gegrondheid van deze klachtonderdelen.

2. In het tweede klachtonderdeel heeft klaagster verzekeraar onder meer verweten dat zij niet in de gelegenheid is gesteld een beroep te doen op de geschillenregeling. Verzekeraar heeft hiertegenover aangevoerd dat voor een beroep op de geschillenregeling nodig is dat er een geschil is ontstaan in de zin van het hiervoor onder Inleiding geciteerde artikel 9, en dat daarvan in dit geval niet kan worden gesproken omdat geen sprake is van een blijvend verschil van mening over de juridisch inhoudelijke

behandeling van de zaak. De bewoordingen van de in artikel 9 vermelde geschillenregeling impliceren, anders dan verzekeraar stelt, echter niet dat sprake moet zijn van een verschil van mening over de juridisch inhoudelijke behandeling van de zaak. Ook in geval van verschil van mening over de wijze van behandeling van het dossier komt verzekerden op grond van artikel 9 een beroep op de geschillenregeling toe. Verzekeraar heeft dan ook de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad door klaagster niet in de gelegenheid te stellen een beroep te doen op de geschillenregeling.
3. Ook heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad doordat een adequate interne klachtenbehandeling te dezen ontbrak. Uit de aan de Raad overgelegde stukken volgt dat de medewerker van verzekeraar over wiens optreden klaagster zich beklaagde ook degene was die de klachten tegen zijn optreden afdeed, zelfs toen klaagster verzocht haar brief te laten beantwoorden door een afdelingshoofd of de directie. Ook dit aspect van het tweede klachtonderdeel is derhalve gegrond.
4. Klaagster heeft het derde klachtonderdeel ingetrokken, zodat dat hier geen bespreking meer behoeft.
5. Tot slot heeft klaagster vergoeding gevorderd voor de door haar in het kader van de onderhavige klachtprocedure gemaakte advocaatkosten ten bedrage van € 8.653,20. Verzekeraar heeft gesteld dat deze kostenvergoeding niet binnen het bereik van een redelijke oplossing valt, omdat bij een tijdige en juiste klachtmelding aan de directie van verzekeraar reeds op dat moment in een redelijke oplossing voorzien had kunnen worden. Tijdens het overleg met de Raad heeft verzekeraar zich evenwel bereid verklaard tot vergoeding van een redelijk bedrag voor de kosten van rechtsbijstand in de klachtprocedure. De Raad bepaalt dat een bedrag ad € 1.500,- redelijk is ter tegemoetkoming in de kosten van de onderhavige klachtprocedure, mede gezien het feit dat verzekeraar eerst in zijn verweerschrift betaling van de door klaagster gevorderde kosten heeft aangeboden.
6. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat verzekeraar door het onder 1 tot en met 3 en onder 5 vermelde handelen de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht in al zijn (gehandhaafde) onderdelen gegrond en verbindt aan dit oordeel de consequentie dat verzekeraar naast de onder 1 vermelde bedragen het onder 5 genoemde bedrag bij wijze van tegemoetkoming in de kosten van de onderhavige klachtprocedure aan klaagster vergoedt.

Aldus is beslist op 10 oktober 2005 door mr. M.M. Mendel, voorzitter,
drs. C.W.L. de Bouter, mr. E.M. Dil-Stork en mr. R. Cleton, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. M.M. Mendel)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)