



~~Gedragcode~~
Behandeling Letselschade

2019

Inhoud

Gedragscode Behandeling Letselschadezaken	4
Samenvatting	5
Gedragsregel 1: Informeren over belangenbehartiging	8
<i>Gedrag in de praktijk 1: Informeren over belangenbehartiging</i>	10
Gedragsregel 2: Ontvangst bevestigen	11
Gedragsregel 3: Onderzoek starten	12
<i>Gedrag in de praktijk 3: Onderzoek starten</i>	14
Gedragsregel 4: Standpunt innemen	15
<i>Gedrag in de praktijk 4: Standpunt innemen</i>	17
Gedragsregel 5: Verdieping en contact	18
<i>Gedrag in de praktijk 5: Verdieping en contact</i>	20
Gedragsregel 6: Schadeoverzicht opstellen	21
<i>Gedrag in de praktijk 6: Schadeoverzicht opstellen</i>	22
Gedragsregel 7: binnen 14 dagen uitkeren	23
<i>Gedrag in de praktijk 7: binnen 14 dagen uitkeren</i>	23
Gedragsregel 8: Langer dan twee jaar: evalueren	24
<i>Gedrag in de praktijk 8: Langer dan twee jaar: Evalueren</i>	35
Gedragsregel 9: Oplossing zoeken	36
<i>Gedrag in de praktijk 9: Oplossing zoeken</i>	36
Gedragsregel 10: Een derde inschakelen	37
<i>Gedrag in de praktijk 10: Een derde inschakelen</i>	38
Aandachtspunten voor verbetering van het gedrag:	40

Gedrag~~code~~ Behandeling Letselschadezaken

Het AVROTROS consumentenprogramma Radar kreeg in korte tijd ruim tweehonderd klachten binnen over het afhandelen van letselschade door verzekeraars. Daar zaten veel schrijnende verhalen tussen, waaruit blijkt dat er veel schort aan de juridische hulp. Wij besloten al deze reacties eens naast de Gedrag~~code~~ Behandeling Letselschade te leggen.

(https://www.verzekeraars.nl/media/3436/gedragcode_behandeling_letselschade.pdf)

Hoe leggen verzekeraars deze gedrag~~code~~ in de praktijk uit en hoe handelen zij daar naar? Met andere woorden: wat is hun werkelijke gedrag?

In de gedrag~~code~~ staan tien gedragsregels waar de verzekeraars zich aan moeten houden. In dit rapport citeren wij onder een samenvatting van elk punt reacties van consumenten die ervaring hebben met letselschadeproblematiek. Vanwege de AVG-regels doen wij dit anoniem. Alle gegevens zijn bekend bij de redactie. Het is goed om bij het lezen je te realiseren dat alle verhalen van echte mensen zijn, die zwaar zijn geraakt. Vaak niet alleen fysiek, maar ook psychisch, in de relatiesfeer en zeker ook financieel. Vervolgens benoemen wij wat in de realiteit het gedrag van de verzekeraars is volgens consumenten. En we hebben in kaart gebracht welke trucs de verzekeraars gebruiken gedurende het proces.

Tot slot formuleren we een aantal aandachtspunten voor beleidsmakers, politici, verzekeraars en juristen.

We hopen dat dit rapport ertoe zal bijdragen dat er geen licht meer zit tussen het gedrag en de gedrag~~code~~ van verzekeraars.

Samenvatting

De gedragsregels van de verzekeraars

Gedragsregel 1: Informeren over belangenbehartiging

De belangenbehartiger die wordt benaderd voor bijstand bij de afwikkeling van de letselschadeclaim, legt de benadeelde uit tegen welke voorwaarden hij zijn diensten kan aanbieden. Hij laat zich daarbij leiden door de belangen van de benadeelde. De belangenbehartiger voorziet de benadeelde van de correspondentie tussen hem en de verzekeraar.

Gedragsregel 2: Ontvangst bevestigen

Uiterlijk twee weken na de ontvangst van de aansprakelijkstelling bevestigt de verzekeraar deze schriftelijk aan de benadeelde en diens belangenbehartiger.

Gedragsregel 3: Onderzoek starten

De verzekeraar handelt alert en zorgvuldig door het onderzoek naar de aansprakelijkheid van haar verzekerde direct na de aansprakelijkstelling te starten.

Het gedrag in de praktijk volgens consumenten

Regel 1 in de praktijk: Informeren over belangenbehartiging

Letselschadeslachtoffers krijgen amper informatie van de verzekeraar, geregeld komt het voor dat de tegenpartij verzekerd is bij dezelfde verzekeraar als het slachtoffer. Gedupeerden ervaren dat het financiële belang van de verzekeraar voorop staat, niet het klantbelang.

Regel 2 in de praktijk: Ontvangst bevestigen

Uiterlijk twee weken na de ontvangst van de aansprakelijkstelling moet je dit schriftelijk bevestigen aan de benadeelde en diens belangenbehartiger. Deze schriftelijke bevestiging lukt meestal.

Regel 3 in de praktijk: Onderzoek starten

De verzekeraar handelt laks en onzorgvuldig het onderzoek af. Vanwege de kosten wordt er bezuinigd op deskundigen, vaak worden eigen mensen/netwerken ingeschakeld. Het kiezen van een eigen advocaat wordt afgeraden. Verzekeraars stellen een kostenplafond in, en zien uiteenlopende klachten als één gebeurtenis zodat het plafond eerder wordt bereikt. Probeer je klanten murw te beuken. Probeer de zaak zo lang mogelijk te traineren dat ze iedere hoop verliezen. Stel een lage schikking of irreëel afkoopsom voor.

Gedragsregel 4: Standpunt innemen

Binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling neemt de verzekeraar een onderbouwd standpunt over de aansprakelijkheid in.

Regel 4 in de praktijk: Standpunt innemen

De regel om binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouwd standpunt te hebben over de aansprakelijkheid moet niet te nauw worden genomen. Zaken kunnen op hun beloop gelaten worden. En als de aansprakelijkheid erkend is, betekent dit niet dat er snel op een schadevergoeding gerekend kan worden. Bewijzen voor een onderbouwd standpunt kunnen aangevochten worden, bijvoorbeeld op het punt van causaal verband.

Gedragsregel 5: Verdieping en contact

Partijen streven naar passende oplossingen in de persoonlijke omgeving en werkomgeving van de benadeelde door zich gedegen te verdiepen in diens persoonlijke situatie, ambities en mogelijkheden. Verzoeken om aanvullende informatie zijn proportioneel. De verzekeraar houdt er rekening mee dat het de benadeelde moeite kan kosten de informatie te achterhalen. De verzekeraar heeft ten minste één keer per jaar persoonlijk contact met de benadeelde om zich op de hoogte te stellen van diens letsel en situatie, ook als de benadeelde wordt bijgestaan. Dat is alleen anders, als de benadeelde aangeeft op dat contact geen prijs te stellen.

Regel 5 in de praktijk: Verdieping en contact

Het contact verloopt vooral stroef en traag met de eigen verzekeraar, maar ook met de tegenpartij. Contact met de klant mag intimiderend zijn: wijs op de eigen verantwoordelijkheid en schuld, afspraken kunnen afgezegd worden en medewerkers vlot na elkaar gewisseld.

Gedragsregel 6: Schadeoverzicht opstellen

In overleg met de benadeelde draagt de belangenbehartiger zorg voor een onderbouwd overzicht van de schade. De verzekeraar geeft gemotiveerd aan welke schade zij erkent en wat naar haar mening nog nader onderzoek verdient. Zij laat, indien aan de orde, tevens haar standpunt weten over de vergoeding van kosten van buitengerechtelijke rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek.

Regel 6 in de praktijk: Schadeoverzicht opstellen

Tot een goede schadestaat komt het niet. Dat kan jaren duren. Overleg hierover vindt nauwelijks plaats, laat staan een goede onderbouwing. Probeer eerst de klant af te kopen met een goedkope schikking.

Gedragsregel 7: Binnen 14 dagen uitkeren

De verzekeraar keert aan de benadeelde de schade uit die is verschenen en door haar is erkend, dan wel tussen partijen definitief is vastgesteld. Dit gebeurt binnen 14 dagen na de erkenning of de definitieve vaststelling.

Gedragsregel 8: Langer dan twee jaren: evalueren

Duurt de schadebehandeling langer dan twee jaren na de schademelding, dan gaan partijen – op initiatief van de verzekeraar – na wat daarvan de oorzaak is. Partijen spreken concreet af welke maatregelen nodig zijn om de schadebehandeling alsnog zo spoedig mogelijk af te ronden en wie zorg draagt voor de uitvoering daarvan.

Gedragsregel 9: Oplossing zoeken

Loopt de schaderegeling vast, dan brengen partijen precies in kaart wat hen verdeeld houdt en zoeken vervolgens samen zo spoedig mogelijk naar een oplossing.

Gedragsregel 10: Een derde inschakelen

Indien het partijen niet lukt om gezamenlijk een oplossing te bereiken, dan wenden zij zich tot een derde om alsnog een oplossing te bewerkstelligen. Deze beslissing nemen partijen bij voorkeur gezamenlijk.

Regel 7 in de praktijk: binnen 14 dagen uitkeren

Als de schade is erkend, kan de vaststelling nog lang getraïneerd worden. Vaak komt het niet tot een definitieve vaststelling, en als die er na een jarenlange strijd met de consument wel komt is die vaak veel lager dan nodig is.

Regel 7 in de praktijk: Langer dan twee jaar: evalueren

Er zit geen limiet aan de behandeling van een schademelding. Er zijn geen doorlooptijden, dus zaken kunnen zeer lang gerekt worden, waardoor gedupeerden financieel in de problemen komen. Over dit punt heeft Radar de meeste klachten ontvangen.

Regel 9 in de praktijk : Oplossing zoeken

Als de schaderegeling vastloopt, dan kan de zaak (zo lang mogelijk) op zijn beloop gelaten worden, met als stelregel: hoe hoger het uit te keren bedrag, hoe langzamer er een oplossing moet komen.

Regel 10 in de praktijk: Een derde inschakelen

Als het partijen niet lukt om gezamenlijk tot een oplossing te komen, dan worden consumenten doorverwezen naar het Kifid, de eigen geschillencommissie of een second opinion. In de praktijk schieten consumenten hier weinig mee op.

Gedragsregel 1: Informeren over belangenbehartiging

Letselschadeslachtoffers moeten informatie krijgen van de verzekeraar tegen welke voorwaarden hun claim afgewikkeld kan worden. Het klantbelang moet hierbij voorop staan.

“In dit zogeheten beschaafde land hebben gedupeerden volledig het nakijken. Geen rechtsbijstandverzekeraar neemt het voor ons op. Inzake bijvoorbeeld medische missers ontberen zij veelal de benodigde expertise maar hengelen feilloos hun inkomsten binnen en dat ten koste van hun verzekerden. De gedupeerde patiënt moet onweerlegbaar het bewijs leveren dat het niet oké is gegaan en waarom, per definitie de omgekeerde wereld. Zo triest is het hier. Ik noem het maar moreel corrupt. We ‘willen’ geen Amerikaanse toestanden hier, wake up, wij hebben ze al lang!”

“Iemand die gedupeerd is heeft geen enkele andere keuze dan proberen er fysiek en mogelijk mentaal weer bovenop te komen. Het gaat om vechten voor eigen fysiek herstel, knokken voor behoud van werk en daar bovenop de ultieme strijd met de rechtsbijstandverzekeraar, de verzekeraar van het ziekenhuis plus hun medestanders. Als het geen links-/rechts kwestie betreft maak je geen enkele kans. Iedereen dekt elkaar en de verzekeraar traineert en blijft traineren, daar zijn ze voor getraind. Ik doe mijn ultieme best om een cultuurverandering te realiseren. Radar doet dit ook en ik hoop heel erg dat het tot ultieme rechtvaardigheid mag leiden.”

“In de meeste gevallen werd in eerste instantie gezegd dat er geen redelijke kans van slagen is en geen dekking wordt verleend. Vrijwel standaard wordt een zaak afgewezen door SAR.”

“Helaas sta je machteloos tegenover verzekeraars als ARAG. Het lijkt wel traditie te zijn dat je door advocaten samen met de verzekeringen de boot in gaat. Rechtvaardigheid bestaat niet voor mij. Als slachtoffer moet je bloeden door de schuld van dit soort lieden.”

“Ik heb een letselschadezaak lopen met de tegenpartij, maar in het begin liep dit vooral via Achmea Schade inzittendenverzekering. De laatste heeft plotseling na anderhalf jaar zonder opgave van reden mijn dossier gesloten, omdat het ‘te moeilijk werd’.”

“Ik ben verzekerd bij ARAG. In het kort: rechtsbijstand waardeloos en letselschade is een langdurige zaak. ARAG was van mening dat de zaak was afgerond, dus einde werkzaamheden ARAG. Via Kifid op aanraden van het Juridisch Loket nam ARAG mij weer terug onder de voorwaarde de klacht bij Kifid te cancelen. Het gaat alleen maar om geld niet om de mens.”

“Rechtsbijstand in Nederland bij Achmea verzekerd betekent in ons geval: ruim 40 jaar voor niets betaalt. Achmea maakt ‘worst’ van uitspraken van het Europese Hof qua vrije advocaatkeuze. Zeg je rechtsbijstandverzekering op: als consument krijg je hier nooit je recht. En wat betreft het Kifid: dit is een creatie van de verzekeringswereld waar Achmea de boventoon voert. De zogenoemde ‘onafhankelijke’ scheidslieden zijn niet onafhankelijk maar ‘beunen’ bij in hun inkomen flink op te hogen en dat onder de vlag van de AFM. Een nationale schande!”

“Ik heb in 2014 een ernstig fietsongeluk gehad. De gemeente heeft verwijtbaar een gevaarlijke situatie gecreëerd, maar mijn rechtsbijstandverzekering gaf aan dat dit geen zin had. Vreemd genoeg was de gemeente Veenendaal ook verzekerd bij Achmea. Ondanks mijn bezwaren niet verder gekomen en zeer onbevredigend gevoel aan over gehouden.”

“Ik ben in april geblesseerd geraakt op mijn werk: een whiplash opgelopen. Maar mijn werkgever reageert niet op de aangetekende brieven van mijn rechtsbijstandverzekering Centraal Beheer Achmea. Daarna deed Centraal Beheer heel lang niets meer voor mij. En als ik vraag hoe het staat: dan krijg ik een berichtje of ik dit zelf even kan navragen bij mijn werkgever (de tegenpartij). Bespottelijk.”

“Als je rechtshulp vraagt, dan moet je bij je eigen verzekeraar – in mijn geval Achmea rechtsbijstandverzekering - eerst vechten met de verzekeraar. En als je wint, dan pas krijg je rechtsbijstand. Ik wil tegen een arts procederen bij het medisch tuchtcollege om schadevergoeding te eisen. Maar het gaat moeizaam en ik krijg alleen maar tegenwerking. En als je een klacht indient bij het Kifid dan wint de rechtsbijstandverzekering. Het Kifid wordt betaald door de verzekeringsmaatschappijen.”

“Ik ben tweemaal zeer slecht geholpen door Achmea rechtsbijstandverzekering. Ik zit nog in een medische letselschadezaak. Maar na een jaar is stichting Achmea rechtsbijstand nog geen stap verder gekomen, terwijl mijn zaak zeer ernstig is.”

Gedrag in de praktijk 1: Informeren over belangenbehartiging
Letselschadeslachtoffers krijgen amper informatie van de verzekeraar, geregeld komt het voor dat de tegenpartij verzekerd is bij dezelfde verzekeraar als het slachtoffer. Gedupeerden ervaren dat het financiële belang van de verzekeraar voorop staat, niet het klantbelang.

Uit de trukendoos:

- Probeer consumenten af te schrikken. Benoem op voorhand dat er wel een keer iets mis kan gaan.
- Maak het vooral niet te makkelijk om een beroep te doen op je rechtsbijstandverzekering.

Gedragsregel 2: Ontvangst bevestigen

Uiterlijk twee weken na de ontvangst van de aansprakelijkstelling moet je dit schriftelijk bevestigen aan de benadeelde en diens belangenbehartiger.

Deze schriftelijke bevestiging lukt meestal.

Gedragsregel 3: Onderzoek starten

De verzekeraar handelt alert en zorgvuldig door het onderzoek naar de aansprakelijkheid van haar verzekerde direct na de aansprakelijkstelling te starten.

“Alle handelingen van Centraal Beheer Achmea zijn gericht geweest in het voordeel van de eigen portemonnee. Alle handelingen zijn gedaan om bewijzen van mijn onschuld onbereikbaar te maken. Ik loop tegen een juridische muur van onmogelijkheden, omdat ik een reconstructie en advocaat niet zelf kan bekostigen.”

“Ik heb meer dan één verschrikkelijke ervaring met Achmea. Steeds hadden ze wel een ander smoesje. Ook ben ik erachter gekomen, dat als een advocaat van Achmea een zaak krijgt toegewezen dat zij daar een x bedrag voor krijgen en daar moeten zij het voor doen. Inmiddels heb ik de afgelopen 20 jaar diverse rechtsbijstandverzekeringen gehad, maar zodra het puntje bij paaltje komt, gebeurt er niets.”

“Univé wijst de verantwoordelijkheid af.”

“DAS regelde, maar te traag. Na veel aandringen en stimuleren gebeurde er pas iets.”

“In 2015 een ongeluk gehad. Rechtsbijstand ingeschakeld van Achmea. Na lang wachten toch keuring gehad via hen. Het rapport bevat veel fouten, maar daar wordt niets mee gedaan. Alleen maar vertragen. Ik heb een klacht ingediend die ook behandeld werd door Achmea. En ze zeggen gewoon: alles klopt. Ik kan niet akkoord gaan als er veel fouten in staan.”

“We hebben bij Anker een rechtsbijstandverzekering. We worden van het kastje naar de muur gestuurd. Klaverblad wilde niet uitkeren. Anker Rechtsbijstand zegt: ‘We hebben al 20 uur aan uw zaak besteed. Met andere woorden: we sluiten deze zaak en doen niets meer voor u. Anker wilde er meteen koehandel van maken. Ik heb een klacht ingediend tegen Anker en ook daar word je niet serieus geholpen. Een jurist van Anker vertelde dat ze goed bevriend waren met de schade-expert en met verzekeraar Klaverblad en dat ze die relatie niet op het spel wilde zetten. Onze zaak werd afgedaan met 25% aan ons uitbetalen en dat een bedrag naar de schade-expert zou gaan. We zijn voor 100% verzekerd en willen dit soort koehandel niet. We hebben besloten alleen nog met een onafhankelijke contra-expert te werken en toen ging het met stappen vooruit. We hadden binnen zes weken gewonnen.”

“Ik heb een slechte ervaring met Achmea rechtsbijstand. Vijf jaar bezig en ze hebben mijn zaak laten verlopen. Wel 8 verschillende medische adviseurs, maar nooit 1 euro vergoeding. Ik ben wel volledig invalide.”

“Ook ik heb negatieve ervaringen met Achmea rechtsbijstand. Ik ben ziek geworden op mijn werk. De advocaat van Achmea rechtsbijstand zette alleen in op herstel en re-integratie. Als ik het ergens niet meer eens was, kon ik een deskundigenoordeel aanvragen. Dat heb ik verscheidende keren geprobeerd. Ik vertrouwde het niet meer en zocht contact met een vrije advocaat. Zij was heel duidelijk: ‘Achmea rechtsbijstand doet te weinig voor je.’ Ik heb daarop een klacht ingediend tegen Achmea, maar die is niet toegewezen. Inmiddels heb ik met Achmea een discussie over het aantal zaken. Achmea zegt dat er maar één zaak is en dus één keer budget voor de advocaat van vrije keuze. Maar het UWV en mijn advocaat zeggen dat het twee zaken zijn. Een klacht hierover is ook door Achmea niet ontvankelijk verklaard. Doordat Achmea op allerlei terreinen de tijd rekt, sta ik inmiddels met mijn rug tegen de muur. Vertragen lijkt voor Achmea rechtsbijstand een bewust gekozen strategie.”

“SRK Rechtsbijstand schiet op alle fronten te kort. Als polishouder mag je wel jarenlang betalen, maar als je SRK echt nodig hebt, dan laten ze je vallen. Ik heb een verkeersongeval gehad. Ik heb drie zware operaties gehad in tien maanden tijd, maar ze blijven maar roepen SRK en ASR (de aansprakelijke partij) dat ik moet meewerken aan een ‘onafhankelijk’ medische expertise onderzoek om hersenletsel uit te sluiten door het verkeersongeval. Ik ben naar het Kifid gestapt en dat werd ook een drama. Ik ben financieel kapot gemaakt en uitgedroogd door het verzekeringskartel.”

“Ik heb ook slechte ervaringen. Ik heb twee keer een ongeluk gehad. De eerste keer een whiplash en de tweede keer epilepsie aan overgehouden. De zogenoemde onafhankelijke deskundigen zijn niet onafhankelijk. Voor mij is duidelijk geworden dat de betaler (Achmea) in deze bepaalt. Je wordt aan het lijntje gehouden en met een schijntje afgeserveerd. En als de uitspraak komt, zeggen ze: dat was het slachtoffer ook wel overkomen zonder ongeluk. Kletsboek natuurlijk. “

“Ik heb een slechte ervaring met mijn verzekeraar. Ik heb een medische letselzaak. In plaats van de belangen van de verzekerde op de eerste plaats te stellen, zijn de verzekeraar vooral bezig met hun eigen kosten/baten analyse. Ze luisteren totaal niet.”

“Na een val in een gebouw van een gemeentelijke instantie heb ik veel problemen overgehouden. Daarvoor heb ik de hulp van mijn rechtsbijstandverzekering ARAG ingeschakeld. Omdat ik gevallen ben over iets dat verkeerd geplaatst is en ik aan de val een hersenbeschadiging heb overgehouden. De aan mij toegewezen advocaat deed te weinig voor mij. Zoals geen getuigen erbij halen, daardoor heb ik de zaak verloren ”

“De verzekeraars zijn alleen bezig met hun eigen belangen. Ik ben slachtoffer van een verkeersongeval en heb letsel en schade opgelopen maar. SUR van Univé doet niets.”

Gedrag in de praktijk 3: Onderzoek starten

De verzekeraar handelt laks en onzorgvuldig het onderzoek af. Vanwege de kosten wordt er bezuinigd op deskundigen, vaak worden eigen mensen/netwerken ingeschakeld. Het kiezen van een eigen advocaat wordt afgeraden. Verzekeraars stellen een kostenplafond in, en zien uiteenlopende klachten als één gebeurtenis zodat het plafond eerder wordt bereikt.

Uit de trukendoos:

- De wisseltruc, zet steeds een andere behandelaar op het dossier. Die moet zich weer helemaal opnieuw inlezen en dat kost tijd. Ook als de consument zelf een andere (vrije) advocaat kiest, komt het proces stil te liggen. Ja, dan had je maar niet moeten wisselen.
- Laat de advocaat die het dossier behandelt het dossier teruggeven. Voordat een nieuwe is ingewerkt, heb je zo weer een paar maanden tijdwinst gewonnen.
- Probeer je klanten murw te beuken. Probeer de zaak zo lang mogelijk te traineren dat ze iedere hoop verliezen.
- Stel een lage schikking of afkoopsom voor. Het liefst een irreëel laag bedrag en zeg dat deze buitenkans een take it or leave it aanbod is.

Gedragsregel 4: Standpunt innemen

Volgens de gedragscode moet er binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouw standpunt zijn over de aansprakelijkheid.

“Aansprakelijkstellingen worden, zo er al op wordt gereageerd, standaard afgewezen en veranderd in een klacht. Bij een aansprakelijkstelling is uiteraard geen sprake van een klacht, maar SAR tovert dit om in een klacht. En dan stopt SAR de klachtenprocedure en verwijst naar Kifid. De kans om een procedure (gedeeltelijk) te winnen van SAR bij Kifid is slechts 10 procent. Bron: jaarverslagen Raad van Toezicht SAR.”

“Een schrijnende zaak van een voormalig schaatstalent. Na vier jaar geruzie is Achmea bereid 100.000 euro te betalen. Een schijntje voor iemand die levenslang in een rolstoel moet zitten. Schandelijke handelswijze. En al die jaren hebben dure advocaten en slimme juristen van verzekeraars de bal over aansprakelijkheid alleen maar rondgespeeld. De schaatser is hier letterlijk kind van de rekening, zit financieel aan de grond en probeert weer een nieuw leven op te bouwen.”

“Mijn vrouw heeft in mei 2013 een ongeluk gehad in de Franse Alpen. We hebben een rechtsbijstandverzekering bij DAS. De tegenpartij AXA in Frankrijk heeft de volledige aansprakelijkheid op zich genomen. Echter naast enkele voorschotten wachten wij nog steeds op een definitieve medische expertise.”

“Om een letselschadevergoeding te krijgen moet je weten wat de schade is en wie de aansprakelijke partij is. Men heeft geen toedracht onderzoek gedaan in mijn letselschadezaak. Ik strijd al sinds 2001. Ik wil slachtoffers met letselschade behoeden en waarschuwen. Als slachtoffer verkeer je in een kwetsbare positie. Zorg dat daar geen misbruik van wordt gemaakt. Zorg dat je geen speelbal wordt van de verzekeraars en de schadepartijen. Laat je nergens intrekken. Je letselschade moet vergoed worden. Zoek een integere advocaat en een advocaat die handelt in jouw belang.”

“Heel erg vreemd is dat de diagnose vanuit de Maartenskliniek door de medisch adviseur van deze advocaat ontkend wordt. Blijkbaar telt de mening van de medisch adviseur veel zwaarder en is deze doorslaggevend. Medisch adviseurs (betaalt door verzekeringsmaatschappijen) kunnen de diagnose van de Maartenskliniek zo van tafel vegen.”

“Ik heb regelmatig als verkeersslachtoffer ondervonden dat je weinig rechten hebt. Het overkomt je en je moet maar blijven bewijzen dat je klachten van de aanrijding komen, ook al twijfelt heel Nederland niet aan.”

“ARAG kan nog geen fatsoenlijke expertise regelen. ARAG heult met de vijand. En wordt zomaar in één keer de tegenpartij. ARAG is er uiteraard ook wel bij gebaat als het geen zaak wordt, want dan kost het ze niets. Dit zit slecht in elkaar. Verstrengelde belangen. Een rechtsbijstandverzekering leuk bij een kapot bankstel, maar niet voor letselschade!”

“Ik ben in 2018 aangereden en degene heeft een vluchtmisdrijf gepleegd. Gelukkig had ik het kenteken genoteerd en ben hem gevolgd. Ik heb mijn rechtsbijstand ingeschakeld, want mijn materiële schade was behoorlijk. Blijkbaar kan mijn rechtsbijstand van Achmea er niets aan doen.”

“Mijn klacht werd twee keer afgewezen door Achmea. Recent heb ik het advies van de medisch adviseur ontvangen. Hij geeft aan dat hij op basis van de beschikbare informatie moeilijk een verband kan leggen tussen het ongeval en de ontstane heupklachten. De mogelijk oorzaak van uw heupklachten is slijtage. Er is geen sprake van functionele invaliditeit door het ongeval. Een vergoeding is niet mogelijk.”

“In 2018 een aanrijding gehad. Ik reed op een voorrangsweg en werd aangereden van links. Dame gaf geen voorrang. Ondanks dat duidelijk is wie hiervoor aansprakelijk is, wil de tegenpartij Achmea geen aansprakelijkheid erkennen. Mijn rechtsbijstand DAS dacht ook dat het snel geregeld was. Ik ben nu al een half jaar verder, maar weet nog steeds niet veel meer.”

“Ik ben in 2012 aangereden door een auto. Ik was toentertijd 52 jaar oud en werkte als docent. Anno 2019 ben ik met mijn advocaat aan het procederen tegen Univé voor de uitkering van mijn letselschade. Deze schade is ook erkend door de tegenpartij. Ik heb al diverse expertises gehad en nog willen ze niet schikken. Zit nu weer op een expertise te wachten, omdat ze weer dingen willen uitsluiten die misschien niet gerelateerd zijn aan het ongeluk. Ik zit tot vandaag in de WIA.”

Gedrag in de praktijk 4: Standpunt innemen

De regel om binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouwd standpunt te hebben over de aansprakelijkheid moet niet te nauw worden genomen. Zaken kunnen op hun beloop gelaten worden. En als de aansprakelijkheid erkend is, betekent dit niet dat er snel op een schadevergoeding gerekend kan worden. Bewijzen voor een onderbouwd standpunt kunnen aangevochten worden, bijvoorbeeld op het punt van causaal verband.

Uit de trukendoos:

- Je kunt aansprakelijkstellingen omtoveren in klachten.
- Aansprakelijkheid wordt nooit vastgesteld of erkend.
- Bewijzen die nodig zijn, worden nooit gegenereerd.
- Alleen bewijzen van de eigen adviseurs zijn doorslaggevend. Schuif alle andere bewijzen terzijde.
- Als de tegenpartij verzekerd is bij dezelfde verzekeringsmaatschappij laat je de zaak op zijn beloop.
- Zorg ervoor dat onduidelijk blijft wat de schade is.
- Zorg ervoor dat onduidelijk is wie er aansprakelijk is.
- Zet steeds een andere behandelaar op de zaak, zo duurt de afhandeling extra lang.
- Beroep je op onvoldoende oorzaak en gevolg van de schade en dat er te weinig overtuigend bewijslast is om een causaal verband te leggen.

Gedragsregel 5: Verdieping en contact

Verzoeken om aanvullende informatie zijn proportioneel. De verzekeraar moet tenminste één keer per jaar persoonlijk contact hebben met de cliënt.

“Het doel van SAR is, zoals in vele juridische procedures, ontmoedigen en uitputten in de hoop dat men het bijltje erbij neergooit.

“Al vijf jaar ben ik bezig mijn recht te verkrijgen. Juli 2014 heb ik een motorongeluk gehad, waarbij ik door een auto in mijn linkerflank aangereden ben. Op dat moment was ik verzekerd bij Centraal Beheer. Door de zaakbehandelaar namens Achmea Rechtsbijstand ben ik keer op keer mondeling beschuldigd als veroorzaker van het ongeluk. Keer op keer is er ook telefonisch op mij ingesproken dat ik het ongeluk veroorzaakt heb en dat ik dat maar moet accepteren. Alleen de zwaar verbrijzelde middenvoet is erkend als onderdeel van het ongeluk door Achmea Rechtsbijstand, mijn andere klanten zijn genegeerd. Er is geen schade-expert ingeschakeld en ook geen bewijzen van mijn onschuld veiliggesteld. Tijdens het onderbouwen van mijn onschuld richting Achmea Rechtsbijstand is mij keer op keer opgedrongen dat ik schuldig ben aan het ongeluk. Alle bewijzen en feiten die mijn onschuld kunnen bewijzen worden keer op keer genegeerd en Achmea doet er niets mee.”

“Er is op eigen initiatief een fotoverslag gemaakt ter plaatse, waarbij de getuige telefonisch is gesproken. Meneer had zich aangemeld als getuige, maar blijkt aangevallen te zijn en wil geen getuige meer zijn en heeft zich teruggetrokken.”

“Ik heb een rechtsbijstandverzekering waarvan Stichting Achmea Rechtsbijstand (SAR) de uitvoerder is. Al meer dan 8 jaar ben ik in een genadeloze strijd gewikkeld met dit machtige bedrijf. Ik kreeg een dreigtelefoontje van een klachtenmedewerker, die mij al eerder grof had beledigd en uitgelachen. Ik heb het allemaal opgenomen. Hij was vergeten de verbinding te verbreken en zo kon ik horen hoe hij mij tegen een collega belachelijk maakte en uitlachte. Hij belde mij ruim een jaar later weer, zweeg 17 seconden en verbrak daarna pas de verbinding. Dat is zó bedreigend. Het zijn regelrechte maffiapraktijken.”

“Ik vecht al vijf jaar voor een vergoeding samen met mijn jurist van mijn Achmea rechtsbijstandverzekering. Er zit veel tijd tussen de contacten, maar dit wijt ik aan het feit dat ik geen advocaat uit eigen zak kan betalen, die de vaart erin zet. De trainerende partij is met name de verzekeraar die mijn kosten weigert te vergoeden. Het machtsblik van de verzekeraars geeft niet om de gezondheid van mensen die bij hen een dure verzekering hebben lopen. Ze geven alleen om de gezondheid van hun eigen portemonnee. Met mij zijn vele lotgenoten helaas de dupe van die starre, onrechtvaardige en onmenselijke houding van de verzekeraars.”

“Ik heb ook een bedrijfsongeval gehad en ik ben nog steeds juridisch aan het kloten eerst via Achmea en nu via een ander advocatenkantoor, maar het schiet niet op.”

“Nu komt het white coat crime niveau boven drijven. De medisch adviseur van Achmea rechtsbijstand vraagt om een medische machtiging die ik hem moet geven, maar mijn ex-huisarts heeft geen toestemming om zonder mij te accorderen of om toestemming te vragen mijn medisch dossier te versturen aan te bieden aan derden. In mijn ogen moet je niet een ex-huisarts vragen om dit medisch dossier aan te leveren. De ex-huisarts verstuurt iedereen die verzoekt, mijn hele fictieve medische dossier door het land. Achmea Rechtsbijstand, 2 x medisch adviseurs, het secretariaat en mijn jurist. Ik wil een onafhankelijke medisch forensisch adviseur, maar hier wil Achmea niet aan. Zelfs de leidinggevende van de rechtsbijstand veegde gewoon alles van tafel. Het is toch van de zotte, dat een verweerster of beklaagde haar eigen fictief gemaakte medisch dossier mag aanbieden aan de belangbehartiger van de klager.”

“In 2016 heb ik een motorongeluk gehad met als gevolg een nekhernia. De tegenpartij heeft verklaard aansprakelijk te zijn. In de tijd dat de zaak nu loopt heeft Achmea intern al vier verschillende mensen op mijn zaak gezet. Ik krijg sterk het gevoel dat mijn huidige advocaat geen zin had in mijn zaak en dat het op mij overkwam dat ze voor de tegenpartij is in plaats van mijn belangen behartigt. Zij was op de zaak gezet, omdat ze 26 jaar ervaring had en haar voorganger jong en onervaren was. Ik heb de kosten van mijn kapotte motorfiets en andere gemaakte kosten deels vergoed gekregen. Ik heb in totaal 2500 euro voorschot gekregen. Mijn advocaat zegt dat ze er niet meer dan 500 euro uit kan slepen. Ik ga hier niet mee akkoord. Ik ben mijn baan kwijt, ben twee keer geopereerd aan mijn nek en zit thuis te wachten of dit ooit nog over gaat. Van Achmea heb ik nooit meer iets gehoord.”

“Mede door nalatigheid van DAS ben ik in de financiële problemen gekomen, maar ze weigeren iets te doen. Het is schokkend.”

“In oktober hebben we een auto-ongeluk gehad. We zijn op een kruispunt van een 80 km weg aangereden door een 17-jarige jongen (met zijn vader naast hem). Wij reden op een voorrangsweg. Sinds het ongeluk ligt alles op zijn gat. De tegenpartij is verzekerd bij Achmea en wij hebben zelf een advocaat aangesteld en die heeft een ontzettend duidelijk en onderbouwd letselschaderapport opgemaakt. Achmea ligt steeds dwars. Als onze advocaat een belafsprake heeft is ze steeds niet aanwezig. De ene medewerker wijst naar de ander. Het is van het kastje naar de muur. We zijn een jong gezin dat door het ongeluk inkomsten missen. Achmea blijft echter maar rekken en rekken.”

“Mijn vrouw wacht al 8 jaar op een schadevergoeding van Univé. Ze werken totaal niet mee. Onze advocaat doet ook weinig, omdat hij eerst geld wil zien van de tegenpartij Univé. De zaak zit zodoende al jaren op slot en dat is voor de ziekte van mijn vrouw heeft overgehouden van het ongeluk totaal niet goed.”

“Een ziekenhuis is verantwoordelijk voor het overlijden van mijn 49-jarige echtgenoot. Dit is bewezen door twee professoren cardio, twee commissies en IGZ. Mijn rechtsbijstandverzekeraar ARAG geeft mij geen deskundige. De medisch deskundige van ARAG is een algemeen chirurg en geen cardioloog. Zonder de door mijzelf ingeschakelde cardioloog was er geen aansprakelijkstelling geweest. De deskundige van ARAG kan dus geen goede kritiek leveren op cardiologisch rapport van tegenpartij en ik mag van ARAG hierop niet reageren, terwijl ik weet wat er fout is. Ook berekent ARAG niet mijn overlijdensschade maar wil akkoord gaan met de berekening van de tegenpartij. Voordat het compleet fout lijkt te gaan met de overlijdensschadeberekening ben ik veranderd naar een LSA-advocaat (weg van de rechtsbijstand en nu maar verder op eigen kosten). De zaak loopt nog. Mede door ARAG duurt het zo lang. Wat vreselijk zwaar is voor mij en mijn kinderen.”

Gedrag in de praktijk 5: Verdieping en contact

Contact met de klant mag intimiderend zijn: wijs op de eigen verantwoordelijkheid en schuld, afspraken kunnen afgezegd worden en medewerkers vlot na elkaar gewisseld.

Uit de trukendoos:

- Stel een ontmoedigingsbeleid in.
- Het contact verloopt vooral stroef en traag met de eigen verzekeraar, maar ook met de tegenpartij.
- Zorg vooral dat je telefonisch onbereikbaar bent.
- Laat het liefst alle communicatie via de mail lopen.
- En als je een klant aan de telefoon krijgt, laat medewerkers dreigend overkomen.
- Wissel vaak van behandelaar in het dossier.
- Geef geen antwoord op vragen of wacht zolang mogelijk met antwoord geven.
- Blijf voortdurend om aanvullende informatie opvragen
- Probeer vooral informatie los te peuteren bij de advocaat of deskundigen die ingeschakeld zijn door het slachtoffer, zodat je ze altijd een stap voor blijft. Gebruik deze opgevraagde informatie tegen hen.

Gedragsregel 6: Schadeoverzicht opstellen

In overleg met de consument komt er een goed onderbouwd overzicht van de schade.

“Je raakt alles kwijt. Een hoop inkomen en je leeft in een hel. Gewoon omdat je zoveel moet betalen aan vaste lasten en nooit meer hebt gekregen. Een leuk leven als voorheen is weg. Ze betalen je auto uit en verder zoek je maar uit hoe je rondkomt.”

“Een schikking was de enige keuze voor mij. Ik was het er eigenlijk niet mee eens.”

“Na een motorongeval met een hoge dwarslaesie heeft onze zoon na 4,5 jaar nog steeds geen schadestaat. De tegenpartij heeft wel schade erkend en een paar voorschotten verstrekt. Ik ken meer mensen die lang bezig zijn, na een ongeval. Die komen we tegen in de revalidatiekliniek.”

“We hebben te maken met Achmea als tegenpartij na een motorongeluk in 2014, waarbij er geen voorrang is verleend. Ik kan mijn oude beroep niet meer uitoefenen en ik ben pas 51. Achmea doet erg moeilijk. Hun verdienmodel is zo min mogelijk uitbetalen. Ze verschuilen zich achter van alles. We hebben recent een schikkingsvoorstel gehad, een belachelijk laag en onacceptabel bedrag. We horen vaker dat verzekeraars moeilijk doen over schadebetalingen. Het is aan de orde van de dag. We worden hier moe, gefrustreerd, boos en verdrietig van. Eigenlijk zijn letselschadeslachtoffers dubbel slachtoffer! Waarom nog verzekeren, verzekeraars willen nauwelijks de schade vergoeden.”

“Ik heb in september 2005 een motorongeval gehad waarbij Nationale-Nederlanden de tegenpartij is en schuld heeft bekend. Ik heb een rechtsbijstandverzekering verkeer van Achmea. Ik heb hierbij lichamelijk letsel opgelopen. In juni 2015 kregen wij het verzoek dat NN het dossier zou willen afronden en sluiten. Tot op heden is het voortraject om te kunnen bepalen waar ik recht op heb aan verlies aan inkomsten (na bijna 4 jaar) nog niet klaar. Het enige waar ik tegen aanloop is het feit dat als er een vraag gesteld wordt er gemiddeld 4 tot 5 weken tussen zit voor dat er een mogelijk antwoord of een wedervraag op de vorige vraag gesteld wordt en de wachttijd weer van vooraf aan start. Ik heb nu in het gehele traject vanaf 2005 tot aan nu 4 behandelaars/juristen gehad maar geen van allen heeft bij mij de indruk gewekt dat de klant/slachtoffer op 1 staat! Dit geeft zoveel onvrede en brengt spanningen met zich mee om telkens maar weer tegen een muur aan te lopen. Los van het feit dat de rekenmethodes van verzekeringen absurd zijn en torenhoge rente en inflatie procenten worden gehanteerd oplopend naar 3% inflatie en 6% rekenrente is toch samen 9% en dat over een bedrag het slachtoffer eigenlijk recht zou hebben en op kan lopen tot vele tienduizenden euro's of bedragen die boven een ton uit komen. En ook hierbij krijg je het gevoel dat je er alleen voor staat.”

“Ik ben met Achmea al ruim 12 jaar bezig. Ik ben ook hoofdletselslachtoffer, zoals die mevrouw in de uitzending. En ik kan sindsdien ook niet meer werken. Heb alle klachten van haar ook en nog andere klachten. Aansprakelijkheid is erkend, maar Achmea is niet vooruit te branden. Ze lijken de strategie te volgen mensen moe maken!!! In de hoop dat mensen genoeg nemen met een afkoopsom. In mijn geval 30.000 euro, terwijl de schade begroot is volgens erkende rekenmethoden op 500.000 euro. Tot nu toe heb ik alleen een voorschot gehad van 3000 euro. Verzoek voor een voorschot van 100.000 euro is afgewezen. Ook rekeningen van artsen heb ik nog niet vergoed gekregen. Inmiddels gemaakte advocaatkosten zijn 35.000 euro (die zijn wel betaald door Achmea). Uitzicht op vooruitgang is er nog steeds niet. Hopeloos dus! Ik ben inmiddels murw gemaakt door Achmea”

Gedrag in de praktijk 6: Schadeoverzicht opstellen

Tot een goede schadestaat komt het niet. Dat kan jaren duren. Overleg hierover vindt nauwelijks plaats, laat staan een goede onderbouwing. Probeer eerst de klant af te kopen met een goedkope schikking.

Uit de trukendoos:

- Keer het schadebedrag niet uit, maar laat de klant genoeg nemen met een lager bedrag.
- Elke bedrag wordt betwist.
- Keer zo min mogelijk uit.

Gedragsregel 7: binnen 14 dagen uitkeren

Als de schade tussen de beide partijen is erkend en definitief is vastgesteld, moet je schadebedrag binnen 14 dagen overgemaakt worden aan de klant.

“Verkeersslachtoffers worden zonder dat zij het weten slachtoffer van letselschadefixing en omgekeerde fraude. Er zijn maar bitter weinig advocaten die uitsluitend optreden voor slachtoffers en daarbij is het ook nog zo dat als ze de aansprakelijkheid van een zaak afwijzen, sta je met lege handen en draai je op voor alle gerechtelijke kosten. Ondergetekende kan aantoonbaar maken dat deze zelfs een zaak heeft waarin de aansprakelijkheid is aangenomen en de materiële schade is uitgekeerd, maar de letselschade niet!”

“Mijn zoon is ruim 30 jaar geleden aangereden. En het eindbedrag van de erkende schade is door de verzekering nog steeds niet uitgekeerd.”

Gedrag in de praktijk 7: binnen 14 dagen uitkeren

Als de schade is erkend, kan de vaststelling nog lang getraineed worden. Vaak komt het niet tot een definitieve vaststelling, en als die er na een jarenlange strijd met de consument wel komt is die vaak veel lager dan nodig is.

Gedragsregel 8: Langer dan twee jaar: evalueren

Duurt de schadebehandeling langer dan twee jaar na de schademelding, dan gaan de partijen na wat de oorzaak is. Partijen spreken concreet af om de schadebehandeling zo spoedig mogelijk af te ronden.

“Ik heb in 2004 een ongeluk gehad. De aansprakelijke partij was Achmea. Ik had een letselschadeadvocaat. Pas in 2013 is het afgehandeld: het heeft 9 jaar geduurd. Het was vreselijk.”

“Ik heb ruim 7 jaar geleden een verkeersongeval gehad en ben sindsdien verwikkeld in een letselschadezaak. Ook mijn verhaal laat zien dat verzekeringen letselschadezaken maar blijven rekken met als doel het slachtoffer murw te maken om maar niet te hoeven betalen. Het slachtoffer draait dan zelf voor de kosten op.”

“Ik realiseer me heel goed, dat ik niet de enige ben. Naar mijn mening zou de politiek hier wettelijk iets aan moeten doen. De richtlijn voor letselschade is door menig verzekeraar ondertekend, maar in de praktijk houden zij zich hier niet aan.”

“Mijn vader heeft in 2013 een fietsongeval gehad. De gemeente heeft de aansprakelijkheid volledig aanvaard. Mijn vader was verzekerd voor rechtsbijstand bij Interpolis en de tegenpartij is verzekerd bij Centraal Beheer Achmea. Wij worden aan het lijntje gehouden door de tegenpartij. Op 1 september 2018 is mijn vader overleden. De rechtsbijstandverzekeraar heeft onlangs aangegeven dat de schadevergoeding lager zal uitvallen, omdat mijn vader is overleden. Dus de tegenpartij heeft er belang bij gehad om de zaak op zijn beloop te laten.”

“We zijn nu bijna tien jaar bezig met de letselschade. Mijn vriend is in 2009 van achter aangereden door een auto toen hij zelf op de motor zat. Hij is hierdoor invalide geraakt. We hebben Pals letselschade ingeschakeld en na 7 jaar een medische expertise gehad en nu ligt weer alles stil. We horen sindsdien niets van Pals of tegenpartij ASR. Door dit alles zitten we nu in de schuldsanering.”

“Vier jaar geleden heb ik door een ongeval hoofd- en nekletsel opgelopen (whiplash). De tegenpartij is verzekerd bij Achmea en heeft schuld bekend. Ik heb ook mijn rechtsbijstandverzekering bij Centraal Beheer ingeschakeld. De zaak loopt nog steeds. Van het niet accuraat handelen word ik doodmoe. Die negatieve energie is niet goed.”

“Ik heb in 2005 een motorongeval gehad waarbij Nationale-Nederlanden de tegenpartij is en schuld heeft bekend. Ik heb een rechtsbijstandverzekering verkeer van Achmea. In juni 2015 kregen wij het verzoek van NN het dossier te willen afronden en sluiten. Tot op heden is het voortraject om te kunnen bepalen waar ik recht op heb aan verlies aan inkomen (na bijna 4 jaar) nog niet klaar.

Ik heb nu in het gehele traject vanaf 2005 vier behandelaars/juristen gehad, maar geen van allen heeft bij mij de indruk gewekt dat de klacht/slachtoffer op 1 staat. Dit geeft zoveel onvrede en brengt spanningen met zich mee om telkens maar weer tegen een muur aan te lopen.”

“Wij zijn ook 5,5 jaar bezig geweest met Achmea. Uiteindelijk is er een goede advocaat opgezet. Nu is de zaak afgehandeld, maar zeker niet kostendekkend. Maar ik heb het maar geaccepteerd, omdat we helemaal op waren! Vijf jaar vechten sloopt je.”

“Verzekeringsmaatschappijen zijn net vrouwen: ze ontvangen graag, maar baren zo verschrikkelijk traag. Ik heb twee keer door de schuld van een ander een whiplash opgelopen. Eerste keer duurde het ruim zes jaar. De tweede keer bijna vijf jaar. Alleen maar traineren, zodat je murw wordt en akkoord gaat met een klein bedrag. Misselijkmakend.”

“Mijn tegenpartij is Allianz en ik ben al sinds 2013 in gevecht. Na een zeer ernstig ongeval nog steeds veel klachten. Tegenpartij ziet causaal verband niet.”

“De afwikkeling bij Achmea is echt een drama. In de polis staat twee jaar voor de afwikkeling, maar die periode ben ik voorbij. Ik heb diverse mails en telefoontjes gedaan, maar telkens was het weer wij wachten af hoe uw knie zich ontwikkeld. Als ze de medische gegevens die ik zelf notabene ongevraagd toe zond naar Achmea bekijken waaruit blijkt dat mijn knie nooit meer 100% wordt, dan was het al lang afgewikkeld.”

“Ik herken het verhaal op TV. Ik ben 9 jaar met een zaak bezig geweest. Tegenpartij had ook een verzekering bij een dochter van Achmea rechtsbijstand.”

“Zelf ben ik 9 jaar bezig met de schadeafwikkeling van mijn arbeidsongeval. Wat ik hierin meegemaakt heb, daar kan ik een boek over schrijven. Ze hebben van mij een slachtoffer in het kwadraat gemaakt. De verzekeraar moet gedwongen worden om sneller af te handelen. Ze moeten uit hun machtspositie gehaald worden en slachtoffers moeten vanuit een basiskapitaal uitgekeerd door de verzekeraar hun leven kunnen onderhouden en opbouwen. Maak schadestaffels. En voorkom belangenverstrengeling door partijdige letselschadeadvocaten, want ze zijn allemaal vriendjes van elkaar.”

“Onze zoon strijdt al jaren tegen Delta Lloyd voor een fatsoenlijke schadevergoeding voor de rest van zijn leven.”

“In 2013 is onze zoon aangereden door een onoplettende automobilist met verstrekken gevolgen. Het neuropsychologisch expertisearchief heeft een hersenbeschadiging vastgesteld, maar de klachten aan zijn rug en been wil de tegenpartij (Univé) niet erkennen. In 2016 hebben we gevraagd om een belastbaarheidsonderzoek, maar tot nu toe zonder resultaat. Het is nu zes jaar na het ongeluk en er is nog steeds geen eind in zicht.”

“Ik ben al ruim 10 jaar bezig met Medirisk. Ik ben verwisseld in de OK. Ze hebben mijn borst geamputeerd en lymfeklieren verwijderd, terwijl ik ging voor een goedaardig bultje in mijn borst wat achteraf niet geopereerd had hoeven worden. De zaak is erkend door de arts en Medirisk. Het heeft zes jaar geduurd voordat ik eindelijk naar een expertise arts kon. Nu moet er nog een verzekeringsarts benoemd worden wat vast ook jaren gaat duren. Medirisk wil maar niet op mails reageren. Ik sta volledig in mijn recht, maar Medirisk doet er niks aan om de zaak af te ronden. Je stuit iedere keer weer op een metershoge muur. Mijn eigen advocaat noemt dit al een ‘horrordossier.’

“Onze zoon heeft 11 jaar geleden een bedrijfsongeval gehad. Een slopende zaak, die al 11 jaar loopt. Er worden allemaal fouten gemaakt en er is geen goede begeleiding.”

“Ik zit ook al 5 jaar te wachten op schadevergoeding van ASR voor letselschade na een ongeval. In april is er nu een rechtszaak. Je hebt meer aan een letselschadebureau dan aan een rechtsbijstandverzekering.”

“In 2011 van achteren aangereden. De tegenpartij is verzekerd bij Univé en die heeft schriftelijk 100% aansprakelijkheid erkend voor het ongeluk. Ik ben sinds het ongeval 80 tot 100% arbeidsongeschikt, maar geen afwikkeling door traineren door Univé.”

“In 2015 op school onder stroom komen te staan. School is verzekerd bij Achmea en ik heb daar ook mijn rechtsbijstandverzekering. Ik ben mijn baan kwijt. Een klein voorschot ontvangen. Mijn advocaat van Achmea en de advocaat van de tegenpartij kenden elkaar. Maar er zou geen sprake zijn van belangenverstrengeling. De tegenpartij heeft aansprakelijkheid erkend, maar alle bewijslast ligt bij mij. De schade-afhandeling verloopt zeer moeilijk.”

“Ik ben al sinds 2007 bezig. Buiten mijn schuld slachtoffer van een ongeluk. Ik ben van het kastje naar de muur gestuurd. Mijn zaak is nog steeds niet rond. Mijn zaak ligt nu mij de rechtbank. Het duurt zo lang. Ik word gek. Deze praktijken moeten stoppen.”

“Ik wacht al vanaf 2014 op uitbetaling, na een ernstig auto-ongeluk met blijvende hersenletsel. Mijn advocaat is al vijf jaar bezig en ze blijven maar tegenvragen stellen en de zaak traineren. Ik ben volledig afgekeurd. Ik krijg wel een voorschot voor de kosten van Achmea. Het is al erg genoeg dat ik nog moet rouwen om alles wat ik kwijt ben.

Nu moet ik al jaren vechten en bewijzen om geld te krijgen waar ik 20 jaar premie voor betaald heb. Het is schandalig dat ze mij met deze onzekerheid al 5 jaar mijn leven laten beïnvloeden.”

“In 1998 een kop-staart aanrijding. Mijn auto was total loss door degene die achterop mijn stilstaande auto knalde. 12 jaar moest het duren voordat de tegenpartij/verzekering uitbetaalde. Mijn fulltimebaan ben ik kwijt. Omdat de vergoeding op 30 december op mijn bankrekening stond, kwam de belastingdienst met het verzoek mijn huur- en zorgtoeslag over het gehele jaar terug te betalen. Ik werd gezien als vermogend, terwijl ik met dat bedrag tot 67,5 jaar moet doen.”

“Ruim 2 jaar geleden heb ik een auto-ongeluk gehad. Ik ben aangereden door een vrachtwagen en die was verzekerd via Achmea. Door het ongeluk ben ik volledig arbeidsongeschikt. Van een inkomen van 1200 euro per maand, krijg ik nu een WIA-uitkering van 290 euro. Iedere maand betaal ik 500 euro aan fysiotherapie. Ik kom iedere maand 1000 euro te kort. Ik heb 35.000 euro aan voorschotten gehad, maar verder weigert Achmea te betalen.”

“In 2010 ben ik van achteren aangereden en heb daaraan veel klachten overgehouden. Ik ben als gevolg hiervan mijn baan in 2013 kwijtgeraakt. Ik heb een rechtsbijstand bij Achmea. In het begin kreeg ik voorschotten, maar nu al jaren niet meer. Ook betaalt Achmea al jaren de rekeningen van mijn letselschadeadvocaat niet meer. Mijn advocaat zegt dat hij wel tussen de 80 en 100 van dit soort dossiers heeft.”

“Na 7-8 jaar vechten tegen een medische misser, word ik aan de kant gezet met als gevolg grote schulden. Mijn advocaat vertelde dat ze de zaak wil sluiten, omdat ik geen toevoeging meer krijg, omdat mijn zaak te lang geduurd heeft en omdat ze er geen resultaat meer inziet. Ik ben vanaf 2011 al bezig met deze zaak. De tegenpartij Centramed is constant bezig geweest om de zaak te rekken met dit resultaat. Triest. Ik ben mijn eigen bedrijf kwijtgeraakt en heb 24/7 pijn, omdat er tijdens een operatie een zenuw is doorgeknipt.”

“Ik ben in 2015 op de fiets aangereden door een auto. Al direct bleek de aansprakelijkheid duidelijk en werd deze ook door de tegenpartij (ZLM) erkend. Achmea behartigt mijn belangen vanuit de rechtsbijstandverzekering voor het afhandelen van de schade. Maar mijn eigen verzekering reageerde geërgerd als ik aangaf dat ik nog steeds pijn had. Uit een MRI-scan bleek dat ik een hernia had. Op dat bericht besloot Achmea mijn dossier over te dragen aan de afdeling langloop letselschade. De persoon die mijn zaak overneemt, blijkt niet alle gegevens te hebben van zijn voorganger. Meneer vraagt opnieuw alle medische gegevens, verklaringen enzovoort aan mij op, omdat deze blijkbaar niet volledig overgedragen zijn door zijn eigen collega. Door het opnieuw inwinnen van medisch advies door een medisch adviseur van Achmea nog minimaal 5 weken duren.

Mijn eerdere operatie blijkt mislukt en hierna volgen nog twee hernia-operaties. Intussen laat Achmea in mei 2016 weten dat de medisch adviseur op basis van de opgevraagd gegevens het dossier gaat sluiten wegens onvoldoende oorzaak-gevolg bewijslast. Op mijn vraag om hulp kan de medewerker van mijn rechtsbijstandverzekering slechts melden dat als ik het dossier niet wil sluiten dat ik in beroep moet tegen Achmea. Een stap die ik naar zijn advies beter niet kan zetten, omdat ik dat proces toch niet kan winnen. En mij wel heel veel geld zal gaan kosten, dat ik nergens kan verhalen. Aan Achmea heb ik een nare smaak overgehouden. De chaos is mijn dossier, het ellenlange wachten, het ongeduld, maar vooral het gebrek aan empathie zorgen voor een zwart randje om de slogan: 'de beste jurist op uw zaak.'

"De afwikkeling van mijn letselschade heeft bijna zeven jaar geduurd. Ik ben wel naar 9 artsen gestuurd. Men heeft alles in het werk gesteld om te bewerkstelligen dat ik naar het rug- en adviescentrum van Interpolis zou gaan. Dat heb ik geweigerd, nadat ik daar geweest was. Mijn toenmalige behandeld specialist heeft mij afgeraden om te gaan fietsen en zwemmen. Maar Interpolis vond dat ik moest roeien en gewichtheffen. Dat heb ik geweigerd, omdat men niet bereid was eventuele schade daarbij op te lopen voor hun rekening te nemen. Dankzij stichting De Ombudsman heb ik na zeven jaar en continu dwarsliggen van Centraal Beheer en Interpolis uiteindelijk een vergoeding ontvangen. Maar ik werd eerst afgescheept met 10.000 euro, terwijl ik vanwege alle pijn mijn werk als docent niet meer kon vervolgen."

"In 2012 kreeg ik een kappersincident. Een zwiepend natte string haar trof mijn linkeroog, met als gevolg een hevige pijn die dagenlang aan hield. Door een oogarts in het ziekenhuis werd een scheurtje in het hoornvlies geconstateerd (in medische termen een "cornea-erosie").

Dit heeft mijn leven op de kop gezet, op alle vlakken. Ik moest noodgedwongen stoppen met mijn baan, omdat ik dagen, soms weken, niet eens voor mezelf kan zorgen. Samen met een gerenommeerde letselschadeadvocaat (niet de eerste de beste) zijn we begonnen de schade te verhalen bij Achmea (de verzekeraar van de veroorzaker, de kapster). Na een lange procedure van ongeveer anderhalf jaar werd de aansprakelijkheid door Achmea erkend, dit onder dreiging van een gerechtelijke procedure en een inmiddels duimendik dossier aan bewijsmateriaal. Achmea kan er nimmer meer onderuit en daar waar wij dachten dat het klaar was begon Achmea aan de volgende fase van hun meedogenloos spel. De medische aansprakelijkheid. Alles werd uit de kast gehaald. Met een heel team van steeds wisselende medische adviseurs, schade behandelaars en expertise bureaus, probeerde men de zaak te ontmoedigen, waarbij niets werd geschuwd! Ontkenning, verdraaiing van de feiten, trainieren, veronderstellingen en aannames, Ik werd dubbel slachtoffer. Zelfs het overlijden van onze zoon in 2009 werd genoemd als mogelijke oorzaak van mijn oogprobleem. Achmea ging hierbij dus letterlijk over lijken! Samen met mijn advocaat en ondersteuning van mijn familie ben ik doorgegaan met de strijd.

Er kwam uiteindelijk een bindende tweezijdige medische expertise met als resultaat een glashelder rapport die 100% aantoonde dat alle gevolgen medisch aantoonbaar voortkwamen uit het incident bij de kapper. De medisch adviseur van Achmea ondersteunde dit rapport en via een schadeafhandelaar (de zoveelste) kwam het verlossend antwoord dat naar aanleiding van het rapport men zou overgaan tot afhandeling van de schade. Maar in 2017 was het nog niet klaar.

Nee hoor, na ruim 3 maanden radiostilte werd de zaak overgedragen naar een heel ander kantoor van Achmea. En toen begon het weer van voren af aan. Zelfs wat betreft de al lang vastgestelde aansprakelijkheid, want was er wel een kappersincident? Het spel werd weer hervat.

Uiteindelijk heeft dit alles geleid tot een rechtspraak in oktober 2018 en daarbij kwam Achmea toch weer als sterkste uit de strijd. Niet vanwege rechtmatigheid maar puur omdat ze dankbaar gebruik maakten van de enorme werkdruk van de rechters (een bekend probleem in Nederland).

Ook deze rechter koos, noodgedwongen, voor een snelle afhandeling en stuurde ons de gang op om toch maar een schikking te overwegen.

Uiteindelijk heeft deze “koehandel” geresulteerd in nog geen kwart van het nodige (begrote) schadebedrag.”

“Vijf jaar geleden kreeg mijn vrouw een abces in haar hoofd dat door de artsen en het ziekenhuis niet adequaat is behandeld. Dit resulteerde in blindheid van een oog en op de dag van vandaag nog steeds pijn en een hoop verdriet. De fout is erkend! Onze rechtsbijstandverzekeraar Achmea was blij dat we vorig jaar de zaak hebben overgedragen aan een advocaat. Het leek wel of onze rechtsbijstandverzekering leek samen te werken met de verzekeraar en het ziekenhuis. Daarom hebben we uiteindelijk ook veel zelf gedaan. Ondanks de erkenning blijft de verzekeraar van het ziekenhuis (Centramed) traineren, bagatelliseren en merk je aan alles dat ze zo weinig of liever niets willen betalen. We zijn in eerste instantie afgescheept met 35.000 euro, terwijl onze advocaat een schadestaat (zonder pensioen) heeft opgesteld van ruim 200.000 euro. En de verzekeraar probeert onze zaak voor weinig af te kopen.”

“In 1996 heb ik een aanrijding gehad met letselschade. Achmea is mijn rechtsbijstandverzekeraar die dit direct in behandeling heeft genomen. De tegenpartij heeft de aansprakelijkheid aanvankelijk geaccepteerd. Er zijn expertiserapporten gemaakt, die de schade aangeven van tonnen! Maar deze claims van het letsel en de gevolgschade zijn na 23 jaar nog steeds niet ingediend bij de tegenpartij. Er loopt een spoor van brieven die door Achmea naar verkeerde adressen zijn verzonden en wisselende schadebehandelaars, die allen geen actie lijken te nemen. Zodra er actie dreigt te komen of acceptabele voorstellen komen – die Achmea geld kosten – dan wordt de behandelaar van het dossier gehaald en worden de voorstellen ingetrokken. Of ze zijn alleen telefonisch gedaan en worden vervolgens ontkend. Ik heb nu een advocaat in de arm genomen om een zaak te starten tegen mijn eigen verzekeraar om ze aan te zetten tot actie.”

“In december 2007 ben ik als slachtoffer bij een aanrijding betrokken geraakt. De veroorzaker van het ongeval was verzekerd bij Allianz. Ik heb een ernstig letsel opgelopen en ruim één jaar gerevalideerd in een revalidatiecentrum. Ik heb nog dagelijks te maken met een zeer ernstige handicap, die inmiddels wordt geduid als blijvend letsel. Door het ongeval ben ik volledig arbeidsongeschikt geraakt. Allianz belemmerde de gehele voortgang van de schadeafwikkeling, en weigerde om een medische expertise en mediation te activeren. Allianz heeft niet gewacht op het medische rapport en handelde op basis van zeer beperkte medische informatie en verscheen met een eindoordeel, het rapport geeft dan ook geen juist beeld van de situatie. Van een medisch advies was in het geheel nog geen sprake. Allianz deed vervolgens een onacceptabel afhandelingsvoorstel nog voor de medische eindtoestand. Vervolgens weigerde Allianz structureel buitengerechtelijke kosten (de BGK) te voldoen aan de belangenbehartiger die mij zaak behartigde. Een medische keuring en mediation (door een onafhankelijk bedrijf) werden nog steeds geweigerd door Allianz. Hiermee frustreerde Allianz andermaal de schadeafwikkeling. Allianz belemmerde de gehele voortgang van de schadeafwikkeling en mijn advocaat legde zijn werkzaamheden nagenoeg stil, omdat zijn rekeningen niet werden voldaan door Allianz. Nadien is de letselzaak meerdere keren stil komen te liggen, alle keren was de discussie omtrent de buitengerechtelijke kosten. Het ging zo ver dat Allianz het contact weigerde met mijn advocaat.

Ik ben als slachtoffer dubbel gedupeerd. Ik heb Allianz aangeschreven en Allianz kenbaar gemaakt om de discussie met mijn advocaat onderling op te lossen met een mediation door een onafhankelijk bedrijf. Ik verzocht Allianz mijn letselzaak na behoren voort te zetten. Allianz verwees naar het afwikkelingsvoorstel van hun schadeafdeling. Het afwikkelingsvoorstel nog voor de medische eindtoestand en zonder medisch- advies.

Inmiddels duurt mijn letselzaak 11,5 jaar – een medische keuring zou in het geheel geen uitkomst meer kunnen bieden. Ik heb een geldbedrag van € 500,- ontvangen in een letselzaak die inmiddels al 11,5 jaar duurt. Mijn vertrouwen in verzekeringsmaatschappij Allianz ben ik kwijt. Het is met geen pen te beschrijven wat verzekeringsmaatschappij Allianz mij heeft aangedaan. Om een letselzaak ruim een decennium te laten duren - ik heb het over 11,5 jaar verloren jaren - die ik nooit meer terugkrijg. Geen enkele keer heeft Allianz mij gevraagd hoe het met mij gaat. De richtlijnen Gedragscode Behandeling Letselschade zijn compleet genegeerd door Allianz. Op dit moment is mijn nieuwe advocaat met de dagvaarding bezig.”

“In 2009 ben ik naar het ziekenhuis in Weert gegaan. Zij namen mijn klachten niet serieus. Ook niet na een mammografie en een echo. Twee jaar later bevestigt het ziekenhuis in Eindhoven dat ik borstkanker heb. Dat blijkt ook te zien op de foto's in het ziekenhuis in Weert. Ik heb daar al een tumor van 3 centimeter. Na twee jaar is die gegroeid naar ruim 5,4 centimeter. Er lagen rapporten van radiologen uit het ziekenhuis, maar die wilden ze niet meenemen in mijn zaak. Ik ben verzekerd bij Achmea en die heeft het uitbesteed aan Nostimos.

In 2018 kwam het verlossende woord: een onafhankelijke radioloog was uitgekozen door de verzekeraars. Ik had volgens deze onafhankelijke radioloog gelijk. Weert was nalatig geweest alle symptomen waren aanwezig en duidelijk te zien op de echo. En ze hadden op zijn minst een terugkomafpraak moeten maken. Eindelijk na 7 jaar erkenning. Maar nu wil de tegenpartij weer een nieuw onderzoek opstarten, waarbij mijn rechtsbijstand ook nog de helft aan mee moet betalen. Waarom? Doodmoe word je van deze onzin. Ze blijven gewoon de bal op en neer schuiven. Terwijl alle bewijzen er liggen. En als ik zelf als patiënt niet naar Eindhoven was gegaan voor een tweede opinie was ik allang overleden. Buiten dat ik nu ook de lymfklieren kwijt ben en zwaardere behandeling heb gehad dan nodig was chemo, bestraling, amputatie, alle lymfeklieren verwijderd. Ik zit al 7 jaar in een ziekenhuismolen. En wat ik nog veel erger vind: wat voor een gevolgen dit heeft gehad voor mijn kinderen ons gezin en onze financiën. Wat allemaal niet nodig was geweest als Weert toentertijd correct had gehandeld of op zijn minst een terugkomafpraak had gemaakt. Nooit geen excuses nooit geen bloemetje nooit geen taal of teken van Weert tot op vandaag nog niet. En de zaak blijft zich voortslepen”

“Ik heb zes jaar strijd geleverd met Nationale-Nederlanden over letselschade (zware hartschade bij mijn echtgenote door grove nalatigheid van de huisarts). Onze rechtsbijstandverzekeraar was Univé; slappe hap. Uiteindelijk een gerenommeerd advocatenkantoor ingeschakeld. Wij beschikten over: expertise professor huisartsgeneeskunde, expertise door professor cardiologie en expertise door een gerenommeerd psychiater. Plus een door ons gewonnen zaak bij het medisch tuchtcollege. Door alle experts werd mijn vrouw in het gelijk gesteld. Causaal verband werd aangetoond. Alle experts in onderlinge overeenstemming aangesteld. En toch uiteindelijk weer de vraag over het causaal verband ter discussie gesteld door Nationale- Nederlanden. Door eigen ingrijpen (o.a. dreigen met publiciteit), ook richting de advocaat, hebben we er enkele tonnen uit kunnen slepen, terwijl de schade (nota bene door het advocatenkantoor opgesteld en welke meer dan tweemaal zoveel bedraagt). Maar ook die begon deeltjes te sluiten met Nationale-Nederlanden. We werden gewoon gechanteerd (aantoonbaar) op de meest opzichtige en banale wijze. Mijn vrouw brak emotioneel en stemde toe in een schikking van enkele tonnen. Maar de totale schade is veel groter. Binnen de letselschadewereld wemelt van de beslissers en beoordelaars (medisch adviseurs die de naam arts niet waardig zijn) die alle beschikken over een uiterst lacunaire gewetenontwikkeling.”

“In 2015 een simpele kijkoperatie, waarbij de risico's met kans op zenuwletsel niet van tevoren aangegeven zijn. Ik werd wakker met pijn in mijn elleboog en een verdoofde hand. Mijn grote armzenuwen was finaal doormidden gesneden. Pas na zes maanden kreeg ik een zenuwtransplantatie. En als je dan bij een rechtsbijstand aan de bel trekt, dan hoop je dat ze je serieus nemen om de schade te kunnen verhalen. Maar helaas, niets is minder waar.

Na ruim 3,5 jaar is het boek voor DAS zo goed als dicht. Zij hebben zich al die tijd alleen gefocust op wat er is gebeurd op de dag van de kijkoperatie. Zij hebben niet het medische dossier wat ik jarenlang opgebouwd heb met OK verslagen, neurologische onderzoeken, foto's en filmpjes bekeken. Ik ben voor 80% tot 100% afgekeurd en kan mijn beroep als directiesecretaresse niet meer uitoefenen. Ik heb 9 maanden gerevalideerd en heb een aangepast rijbewijs. Soms draag ik een speciale spalk. Ik kan niet goed schrijven, niet goed typen, ik probeer zoveel mogelijk met mijn linkerhand te doen. Koken, afgieten, snijden, jezelf verzorgen (billen afvegen, haren wassen, opmaken) etc. Niks is meer zoals het was. Ik heb een second opinion laten uitvoeren door een letselschadeadvocaat. Hij heeft voldoende slagingskansen gevonden voor mijn dossier. Echter kan ik door mijn WGA-uitkering geen advocaat betalen, waardoor hij mij niet verder kan helpen. Hij heeft aangeboden voor DAS te willen werken op een gereduceerd tarief, echter loopt het dossier bij de DAS nu spaak. Puur om het feit dat zij niet verder kijken dan 2015. Je mag verwachten van een rechtsbijstandsverzekering waar je elke maand voor betaalt dat ze de kant kiezen van de cliënt, maar niets is minder waar. Daar waar de rayonmanager in 2016 in een persoonlijk gesprek nog aangeeft dat dit een "schadezaak van tonnen" is, doet de DAS ook aan belangenverstrengeling. En nemen ze dit dossier totaal niet serieus. Dit blijkt maar weer in een gesprek in 2018. Waarin de jurist en haar manager aangeven dat zij al die tijd (ruim 3 jaar!) niks hebben gedaan met alle EMG-rapportages, filmpjes, verslagen foto's, en zelfs OK verslagen. Ongelofelijk! Dus nu word ik als betalende cliënt de dupe van een bedrijf die als rechtsbijstandsorganisatie te boek staat. Ik krijg nu niks, ja een uitkering waar ik blij mee ben. Maar mijn leven staat nog steeds elke dag op zijn kop. Ik wil hierbij heel graag laten zien dat het niet vanzelfsprekend is dat een rechtsbijstandsverzekering je serieus neemt. De feiten liggen er. Er wordt alleen heel spijtig niks mee gedaan."

"Ik heb in 2008 een auto-ongeval gehad en de tegenpartij erkent de schade. Ik heb nooit iets gemankeerd. Ik ben door een whiplash gedeeltelijk afgekeurd. We zijn al tien jaar verder. Dit slaat nergens op. Elk jaar heeft de tegenpartij Allianz 1 of 2 andere advocaten op de zaak die zich weer moet inwerken. Dus zo houden ze je aan het lijntje."

"7 jaar geleden heb ik een ongeluk gehad, waarbij ik zeer ernstig letsel opliep. Dit was een bedrijfsongeval. Mijn toenmalige werkgever heeft aansprakelijkheid erkend. Mijn letselzaak loopt nu al 7 jaar en daarin gebeuren vervelende zaken, zoals het lang op zich laten wachten van voorschotten, het weer in nieuwe medische onderzoeken terechtkomen, het verdraaien van feiten, het maken van denigrerende opmerkingen, het eindeloos uitstellen van bepaalde zaken. Het druk zetten op omscholing en werk, terwijl ik niet eens hersteld ben. Zelfs nu ik ingestort ben gebeurd dit. Mijn ex-werkgever is een zeer groot bedrijf en het duurt nu wel erg lang."

"Wij zijn al 13 jaar bezig met Achmea. Onze zoon heeft hersenletsel opgelopen toen hij 16 was. Nu is hij 28. Onze rechtshulp SAR vecht al jaren voor schadevergoeding."

Steeds hebben ze smoesjes. Steeds weer wordt er een andere behandelaar opgezet. Die moet zich inlezen, tegen de tijd dat ingelezen is, zit er weer een ander op. Onze zoon zit ondertussen in zware depressie door Achmea.”

“In september 2008 op mijn linkerschouder gevallen. Schouder uit de kom en naar het ziekenhuis. Ik word geopereerd en de volgende dag geen gevoel in mijn hand en arm. Later blijkt dat er pezen zijn verdwenen. Inmiddels 11 jaar verder, maar er is geen orthopeed die de mislukte operatie wil beoordelen. Ze kennen de arts allemaal uit het lezingencircuit en werkzaam voor het hoger tuchtcollege in Den Haag. Dit is slechts een korte weergave van waar een medische slordigheid toe leidt en hoe mijn probleem genegeerd wordt. Mijn leven en mobiliteit is voor altijd ingrijpend veranderd.”

“Mijn letselschade zaak loopt al bijna 14 jaar. Ik ben nu 42 jaar. Achmea is de tegenpartij. De schuld van de aanrijding van het auto-ongeval was direct erkend door Achmea. Zij betalen mijn advocaatkosten al ruim 10 jaar niet meer. Vandaar dat geen enkele belangenbehartiger van mij iets deed voor mij. Ik heb hersenletsel opgelopen en een hoge incomplete dwarslaesie. Achmea maakt mijn leven tot een complete hel.”

“Ik heb in 2010 een afgebroken boomtak op mijn hoofd gekregen tijdens het fietsen en ben op straat terecht gekomen. Bewusteloos afgevoerd met ambulance. Ik heb daardoor niet-aangeboren hersenletsel opgelopen. De gemeente heeft officieel schuld erkend voor achterstallig onderhoud aan de betreffende bomen. Ik ben nu al 8,5 jaar verder met mijn rechtsbijstandverzekering van Centraal Beheer Achmea en de gemeente zit bij het andere loket van Achmea. Ik ben volledig afgekeurd en zit na 2 jaar WIA nu definitief in de IVA. Onlangs nog weer eens een expertise neuropsychologisch onderzoek gehad. Ik zie het als rekken van de tegenpartij en zeer matige inzet van mijn rechtsbijstand.”

“In juli 2012 ben ik door een vrachtwagen met 80 km per uur aangereden, terwijl ik in mijn auto voor het verkeerslicht stond te wachten, tot het groen zou worden. De chauffeur zat te telefoneren en had mij niet gezien!!! Nu bijna 7 jaar later, met een belangenbehartiger/letselschadeadvocaat in de arm, ben ik nog geen steek verder gekomen. Ik heb lichamelijk en geestelijk enorme schade opgelopen waaronder onder andere een totale heupprothese op 50-jarige leeftijd, chronische rugpijn, hoofdpijn, fibromyalgie, whiplash, concentratieproblemen, problemen met lopen, lang staan, lang zitten, enzovoort. Na het ongeval heb ik een jaar revalidatie gehad, nadat een arts mij had aangegeven dat ik nooit meer pijnvrij zou zijn. Die voorspelling is inderdaad ook uitgekomen. De wederpartij, Delta Lloyd (nu NN) reageert niet op brieven. Ze traineerde de medische expertise, die pas in augustus 2015 dus pas 3 jaar na het ongeval plaatsvond en ze probeerde in eerste instantie een afkoopsom van 5000 euro te ‘slijten’. De belangenbehartiger heeft inmiddels een dikke boterham aan deze zaak verdiend.

Na 4,5 jaar ontving ik met heel veel moeite een eerste voorschot...

De zaak is volledig vastgelopen, de belangenbehartiger wil (liever) niet procederen, de wederpartij wil schikken voor een irreëel bedrag. Het is vreselijk dat je als slachtoffer op een dergelijke weerzinwekkende wijze voor de tweede maal slachtoffer wordt van deze 'criminele' praktijken van een verzekeraar als Delta Lloyd/NN. En er is geen enkele manier waarop je als slachtoffer druk kunt uitoefenen om de schadevergoeding waar je recht op hebt, te ontvangen.

Ondertussen word je 'uitgerookt' want menig slachtoffer kan op termijn niet meer rondkomen als er sprake is van inkomensschade, vergoeding van huishoudelijk hulp, medische kosten enzovoort. Al vele jaren is dit probleem algemeen bekend en er is zelfs een gedragscode opgesteld waaraan de meeste verzekeraars zich hebben geconformeerd. Maar helaas is deze gedragscode net zoveel waard als de rol papier in een toilet. Ik zou graag, net als vele slachtoffers in Nederland met mij, willen weten wat de overheid gaat doen om deze wantoestanden in de letselschadewereld voorgoed bij de kraag te pakken. Ik wacht na 7 jaar nog steeds op een reële schadevergoeding van NN. Zeven jaar waarin er zelfs nog geen rechter aan te pas is gekomen, want dan lopen deze procedures zomaar 10-15 jaar. Kostenposten die bovendien op onze maatschappij in zijn geheel drukken in de vorm van gefinancierde gerechtelijke procedures, sociale uitkeringen en verhogingen van premies bij diezelfde verzekeraars! Wie gaat deze verzekeraar(s) op de vingers tikken en ervoor zorgen dat ik en velen met mij eindelijk de schadevergoeding krijgen waar we recht op hebben? Een zaak dus om de tanden in te zetten, zodat er bindende, wettelijke voorschriften komen waarmee deze letselschadeclaims snel en doeltreffend kunnen worden afgewikkeld en het slachtoffer niet langer meer slachtoffer blijft maar een partij wordt die door de verzekeraar met respect wordt behandeld en een partij wordt die niet alleen de verplichting heeft om zijn volledige doopceel te laten lichten door een verzekeraar maar ook het recht heeft om eisen te stellen aan de handelwijze van de verzekeraar. Ik wacht na 7 jaar nog steeds op een serieuze afwikkeling van mijn letselschadezaak."

"Ik ben in april 2012 aangereden door een auto. Ik was toentertijd 52 jaar en werkte als docent op een school als vakdocent. Nu ben ik met mijn advocaat aan het procederen tegen Univé voor de uitkering van mijn letselschade. De schade is erkend door de tegenpartij. Ik heb ook al diverse expertises gehad en nog willen ze niet schikken. Ik zit nu weer op een expertise te wachten, omdat ze weer dingen willen uitsluiten die misschien niet gerelateerd zijn aan het ongeluk. Ik zit tot vandaag in de WIA."

"Ik ben in 2008 op 55-jarige leeftijd met hoge snelheid van achteren aangereden toen ik stil stond in een file. Ik heb aan het ongeluk een whiplash en hersenletsel opgelopen. Ik ben 80% tot 100% afgekeurd en kon mijn werk niet meer doen. Hij kreeg een medisch onderzoek, maar de neurologische expert zag geen beperkingen, omdat ik mijzelf kan aankleden, wassen en zelfstandig kan eten.

Er volgde een rechtszaak. De uitspraak van de rechter was dat er wel klachten waren, maar dat de klachten niet automatisch leiden tot beperkingen. De uitspraak was de materiële schade kreeg ik vergoed: 8250 euro, waarvan ongeveer 4500 euro smartengeld. De immateriële schade zoals misgelopen loon en pensioen van 78.000 euro kreeg ik niet vergoed. De expertise is een willekeur en de oren hangen naar de verzekeringsmaatschappij.

Wie betaalt, bepaalt. Elke keer als ik weer een uitzending zie of een artikel in de krant lees over letselschade hoe verzekeraars omgaan met slachtoffers bekruipt mij het gevoel van woede en machteloosheid en dat slijt niet.”

“Ik heb een nekhernia opgelopen op mijn werk. Ik ben vanaf 2009 bezig met mijn rechtsbijstandverzekering van Ohra maar tot op heden geen oplossing.”

Gedrag in de praktijk 8: Langer dan twee jaar: Evalueren

Er zit geen limiet aan de behandeling van een schademelding. Er zijn geen doorlooptijden, dus zaken kunnen zeer lang gerekt worden, waardoor gedupeerden financieel in de problemen komen. Over dit punt heeft Radar de meeste klachten ontvangen.

Uit de trukendoos

- Er zijn geen wettelijke doorlooptijden wanneer verzekeraars moeten reageren. Wacht zo lang mogelijk met het geven van antwoorden op vragen Ook wisselt de behandelaar regelmatig, waardoor de opvolger zich weer moet inlezen.
- Er liggen te veel dossiers op het bureau van de rechtsbijstandverzekeraars en de schade afhandelaars. Verschuil je achter de hoge werkdruk.
- Zeg dat door bezuinigingen veel ervaren personeelsleden vertrokken zijn bij de verzekeraars, waardoor dossier blijven zweven

Gedragsregel 9: Oplossing zoeken

Loopt de schaderegeling vast, dan brengen de partijen precies in kaart wat hen verdeeld en hoe ze samen tot een oplossing komen.

“Hoe hoger het uit te keren schadebedrag, hoe langer de zaak duurt. Ik ben nu 14 jaar in een letselschade zaak betrokken. Ik ben bezig met een uitgebreid rapport over traineren, de psychische terreur en het traineren van verzekeraars. Er worden nog steeds mensen kapot gemaakt, die al kapot zijn in de duistere letselschadewereld. 14 jaar procederen is geen uitzondering. Er zijn mensen nog langer bezig.”

“Vertragingen leiden namelijk vaak tot ontmoediging van kwetsbare mensen, zo weten verzekeraars. De vraag is dan of deze situatie de bedoeling van de wetgever is geweest bij de invoering van artikel 4:65 Wft. Ik denk van niet als ik de Kamerstukken erop na sla.”

“Mijn zaak bij Delta Lloyd loopt nu al meer dan tien jaar! Al drie advocaten ‘versleten’ en sinds juli 2018 bezig met advocaat nummer vier. Ondertussen hebben de advocaten zelf al meer aan schade-uitkeringen ontvangen dan ikzelf.”

“De expert die de verzekerde zaken kwam afwikkelen, merkte het volgende op: Waar praten jullie over? Jullie hebben een rechtsbijstandverzekering bij Achmea, het Hoogheemraadschap, de gemeente Heemskerk en de aannemer zijn ook allemaal verzekerd bij Achmea. Dus hoe kan er sprake zijn van onpartijdige afwikkeling?”

“Vertragen is het credo van verzekeraars. Steeds weer nieuwe onderzoeken vragen, contra-expertises etc. Mijn dochter is na 20 jaar murw van steeds weer nieuwe vragen en onderzoeken. En als je eindelijk – na 20 jaar - schadevergoeding krijgt, slechts een fractie van de oorspronkelijke eis.”

Gedrag in de praktijk 9: Oplossing zoeken

Als de schaderegeling vastloopt, dan kan de zaak (zo lang mogelijk) op zijn beloop gelaten worden, met als stelregel: hoe hoger het uit te keren bedrag, hoe langzamer er een oplossing moet komen.

Gedragsregel 10: Een derde inschakelen

Indien het partijen niet lukt om gezamenlijk een oplossing te bereiken, dan wenden ze zich tot een derde om alsnog een oplossing te bewerkstelligen.

“Er is een second opinion traject doorlopen, maar dat bleek een onnodige formaliteit die voor mij volledig onnuttig is gebleken. Alleen medische verklaringen van de interne medische adviseur van Achmea zijn doorgestuurd. Dus slechts een selectie van het dossier zonder medische bronnen. Ook is er een gang naar de geschillencommissie van Achmea doorlopen, maar Achmea is van mening dat hun behandelaar de zaak correct heeft behandeld.”

“Dan krijgt de klant de mogelijkheid voor een second opinion. Dit brengt veel werk en een grote vertraging met zich mee. Als je ook deze hobbel hebt genomen, moet je afwachten wat de advocaat adviseert. Door de second opinion truc wordt een vermogen bespaard door SAR.”

“Klachten worden standaard afgewezen en de klant wordt vervolgens verwezen naar het Kifid. Vrijwel niemand gaat naar het Kifid, want dat is een zeer tijdrovende kwestie. De kans dat klachten gegrond worden verklaard, is statistisch gezien gering. In 2015 werden er bij het Kifid 22 klachten ingediend tegen SAR, waarvan 1 gegrond werd verklaard. In 2016 waren het 19 klachten, waarvan er 3 gegrond waren.”

“Sinds bijna 5 jaar ben ik in conflict met mijn verzekeraar Interpolis over de mate van arbeidsongeschiktheid. Ik kan mijn beroep niet meer volledig uitoefenen. Ze zeggen heel zwart/wit dat mijn pijn niet te meten is en dat ik verantwoordelijk ben om dit aan te tonen. Dit heb ik bij mijn rechtsbijstand Achmea (onder dezelfde vlag als Interpolis) neergelegd en wat zij gedaan hebben is een lachertje. Mijn zaak was zwak volgens hen en het werd ten eerste afgeraden om op eigen kosten een medische arbeidsdeskundige te gaan bezoeken. Alles wordt gekoppeld aan de bevindingen van 1 medisch arts (niet onafhankelijk zoals ze zeggen maar betaald door Interpolis) welk rapport inhoudelijk niet klopt en niet overeenkomt met de werkzaamheden die staan op de beroepenpolis. Ik wil een onafhankelijke second opinion maar hier heb ik geen recht op omdat ik volgens hen alleen recht heb op een second opinion bij een juridisch conflict en niet bij een medisch conflict. Tevens moet hierbij de eindsituatie bereikt zijn. Moet ik hiervoor overleden zijn? Dit staat echter niet in de polisvoorwaarden en ik heb zeker ook een juridisch conflict.”

“Ik heb in 2015 letselschade opgelopen. Door vol te houden heb ik een second opinion gehad. En slechts een standaard tegemoetkoming ontvangen. Ik ben niet tevreden over mijn rechtsbijstandverzekering bij Achmea.”

Gedrag in de praktijk 10: Een derde inschakelen

Als het partijen niet lukt om gezamenlijk tot een oplossing te komen, dan worden consumenten doorverwezen naar het Kifid, de eigen geschillencommissie of een second opinion. In de praktijk schieten consumenten hier weinig mee op.

Uit de trukendoos:

- Noem interne klachten niet ontvankelijk
- Wijs interne klachten af
- Wijs de consument op een second opinion, maar maak het lastig om het voor elkaar te krijgen
- Zorg dat een second opinion leidt tot groot tijdverlies
- Verwijs door naar het Kifid, dat levert meestal weinig op.

Aandachtspunten voor verbetering van het gedrag:

- Zorg dat de bindende Gedragscode Behandeling Letselschade ook écht nageleefd wordt. Een snelle afhandeling is voor alle betrokken partijen beter.
- Zorg dat er (wettelijke) doorlooptermijnen komen waarop gereageerd moet worden, zodat onnodig rekken en vertragen niet meer mogelijk is
- Voer sanctiemogelijkheden in als partijen zich niet houden aan reageertermijnen of er onderling niet uitkomen.
- Sneller uitkeren van de schade
- Onnodig rekken van een letselschadezaak zou moeten leiden tot een hoger schadebedrag
- Richt een onafhankelijke Tuchtraad op waar consumenten kunnen klagen als de gedragscode niet wordt nageleefd.