



Letselschade: Slachtoffers van verzekeraars

Wat is het probleem

Voor slachtoffers met letselschade kan het leven op zijn kop staan. Van de ene op de andere dag is je leven veranderd. Mensen moeten zich volledig kunnen richten op hun herstel, maar noodgedwongen moeten zij ook vaak bezig zijn met de juridische en financiële afwikkeling. Te veel mensen moeten daar te lang op wachten. Hierdoor zijn letselschadeslachtoffers eigenlijk in sommige gevallen dubbel slachtoffer, omdat ze enerzijds te maken hebben met letsel als gevolg van het ongeval en zij anderzijds ook nog eens slachtoffer worden van het hele proces bij de verzekeraar.

Cijfers

Ieder jaar zijn er ongeveer 65.000 gevallen van letselschade. Letselschadeverzekeraars hebben in hun eigen regels staan dat letselschadezaken binnen twee jaar moeten worden afgehandeld. Als letselschadezaken langer dan twee jaar duren moeten partijen concreet afspreken hoe ze de schadebehandeling zo spoedig mogelijk afronden. Toch schat de Letselschade Raad dat 5 tot 10 procent van de letselschadezaken niet naar behoren wordt afgehandeld. Uit andere cijfers blijkt zelfs dat ruim 10 procent van alle letselschadezaken complex en langlopend zijn (tussen de 5 en 15 jaar). En van alle letselschadezaken met een schade van boven de 10.000 euro duurt de afhandeling van zelfs een derde van alle zaken meer dan twee jaar.

Knelpunten

Eén van de grootste knelpunten in de afwikkeling van letselschade is dat sommige verzekeraars, en ook sommige belangenbehartigers, de boel traineren. Door niet te reageren, het slachtoffer lang te laten wachten, of telkens maar weer nieuwe onderzoeken te starten. Kamerleden krijgen hierover veel indringende verhalen te horen. Het consumentenprogramma Radar heeft hier ook onderzoek naar verricht. Radar ontving verhalen van mensen die zwaar zijn geraakt. Vaak niet alleen fysiek, maar ook psychisch, in de relatiesfeer en zeker ook financieel. Het Zwartboek 'Gedrag Behandeling Letselschade' bevat heel veel klachten en schrijnende verhalen.¹

Ervaringen uit de praktijk

Enkele conclusies uit het Zwartboek van Radar:

- Letselschadeslachtoffers krijgen amper informatie van de verzekeraar.
- Gedupeerden ervaren dat het financiële belang van de verzekeraar voorop staat, niet het klantbelang.
- De verzekeraar handelt laks en onzorgvuldig het onderzoek af. Vanwege de kosten wordt er bezuinigd op deskundigen.
- Probeer de zaak zo lang mogelijk te traineren dat ze iedere hoop verliezen.
- Stel een lage schikking of irreële afkoopsom voor.
- Als de schade is erkend, kan de vaststelling nog lang getraineed worden.
- 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.

1. <https://radar.avrotros.nl/uitzendingen/gemist/item/verzekeraars-schenden-consequent-eigen-letselschade-gedragscode/>
https://radar.avrotros.nl/fileadmin/user_upload/Gedragscode_in_de_praktijk.pdf

Met Kamervragen is de minister geconfronteerd met deze klachten over de afhandeling van letselschade. Met een inhoudelijke reactie op deze bevindingen wacht de minister echter op een lopend onderzoek van de Universiteit Utrecht naar de oorzaken van lang lopende letselschadezaken.² Bij dit onderzoek worden echter ook al kanttekeningen geplaatst, zo zijn er zorgen over de onafhankelijkheid.³

Regels?

De verzekeringsbranche kent geen wettelijke afdwingbare regels. De verzekeraars hebben zelf een Gedragscode opgesteld met gedragsregels (Gedragscode Behandeling Letselschade). Slechts één keer in de drie jaar toetsen de verzekeraars zichzelf om te kijken of ze wel voldoen aan de regels uit de Gedragscode. Als er al een overtreding van de regels wordt geconstateerd dan heb je daar als slachtoffer nog niks aan, omdat er geen afdwingbare sancties staan op het overtreden van de regels. Met andere woorden: er is geen prikkel voor verzekeraars om alles op alles te zetten zodat letselschadezaken snel en zorgvuldig worden afgehandeld. Gedupeerden hebben nauwelijks middelen in handen om hun recht af te dwingen. Je kunt als consument alleen klagen bij de verzekeraar zelf of het Klachteninstituut Financiële Dienstverleners (Kifid), maar je krijgt hierdoor niet sneller een schadevergoeding.

Verzekeraars en belangenbehartigers (tussenpersonen)

Verzekeraars en belangenbehartigers zeggen altijd dat ze het netjes willen regelen voor slachtoffers, maar duidelijk is dat de belangen van slachtoffers maar al te vaak niet voorop staan. Dat is niet de schuld van de mensen die bij de verzekeraars werken. We hebben geen reden om aan te nemen dat daar mensen werken die het leuk vinden om andere mensen dwars te zitten. Er is echter felle concurrentie op premies bij verzekeraars, dat lijkt te zijn doorgeschoten. Daardoor is er her en der bezuinigd op personeel en keert men liever ook geen grote bedragen uit, de goedwillende niet te na gesproken. Bij sommige verzekeraars en belangenbehartigers gaat het in de eerste plaats om geld, niet om de belangen van slachtoffers. Het zijn keuzes (bezuinigingen) van de directies bij sommige verzekeraars om te weinig mensen op afdelingen te zetten (waardoor wachttijden/doorlooptijden langer worden).

2. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2019/04/15/antwoorden-kamervragen-over-een-zwartboek-waaruit-blijkt-dat-verzekeraars-letselschadezaken-niet-altijd-goed-afhandelen/antwoorden-kamervragen-over-een-zwartboek-waaruit-blijkt-dat-verzekeraars-letselschadezaken-niet-altijd-goed-afhandelen.pdf>

3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kv-tk-2019Z18604.html>

Wat moet er gebeuren:

Als zoveel gedupeerden ervaren dat het financiële belang van enkele verzekeraars voorop staat en niet het belang van de mens, het letselschadeslachtoffer in kwestie, dan gaat er iets niet goed.

In alle gevallen van letselschade hebben betrokkenen recht op een fatsoenlijke en voortvarende behandeling zodat zij weer door kunnen met hun leven, dat geldt óók voor de gevallen die lastiger in elkaar zitten.

- Verzekeraars zullen daarvoor voldoende mensen in dienst moeten nemen om zaken binnen een redelijke termijn te behandelen.

De regels waaraan verzekeraars, maar ook belangenbehartigers zich moeten houden zijn boterzacht. Het niet naleven heeft geen consequenties. Dat moet anders. Ook in het belang van de verzekeraars die zich wel netjes aan alle afspraken houden. Als namelijk naleving van standaarden kan worden afgedwongen, dan loont het om je aan de regels te houden. Niet alleen zal dit de kwaliteit van het beroep ten goede komen, maar ongewenste gedragingen kunnen ook worden voorkomen.

- De Gedragscode Behandeling Letselschade moet worden aangescherpt en wordt wettelijk verankerd. Aan de bepaling dat binnen 3 maanden gereageerd moet worden op de aansprakelijkheidstelling wordt toegevoegd dat verschuldigde bedragen binnen 14 dagen uitgekeerd worden, inclusief de factuur van de advocaat. Tevens moet voortaan altijd binnen 6 weken gereageerd worden op correspondentie, eindelijk reageren en niet reageren is er niet meer bij. Onnodig rekken van een letselschadezaak leidt tot een hoger schadebedrag. De GBL kan worden vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) en hier wordt in de wet naar verwezen.
- Er moeten sancties komen voor trainerende verzekeraars en belangenbehartigers, het niet nakomen van de regels moet gevolgen hebben. Op het niet naleven van de GBL komt een sanctie te staan. Bijvoorbeeld een boete, of een dwangsom voor iedere dag dat niet aan de regels wordt voldaan. Let wel, niet alleen de verzekeraars dienen zich aan de code gebonden te weten, ook de belangenbehartigers hebben hun verplichtingen.
- Communicatie tussen de verzekeraar en de belangenbehartiger wordt voortaan ook altijd aan de betrokkene, het slachtoffer, verzonden.

Het toezicht op verzekeraars en belangenbehartigers moet beter, op een manier waardoor slachtoffers er zelf ook concreet iets aan hebben. Net als in de advocatuur en bij het notariaat wordt tuchtrecht ingevoerd.

- De overheid moet stappen zetten om wettelijk, niet-hiërarchisch tuchtrecht te introduceren in de verzekeringsbranche. Bij deze onafhankelijke Tuchtraad moeten consumenten klachten kunnen indienen over verzekeraars die de regels niet naleven. Wat de belangenbehartigers betreft: ondeskundige cowboys moeten kunnen worden aangepakt en geweerd.

Bijlage:

Waarom moet er tuchtrecht komen??

Er is nu geen onafhankelijke Tuchtraad waar consumenten met klachten over verzekeraars naar toe kunnen. Je kunt als consument alleen klagen bij de verzekeraar zelf of het Klachteninstituut Financiële Dienstverleners (Kifid), maar je krijgt hierdoor niet sneller een schadevergoeding. Je kunt niet naar een onafhankelijke Tuchtraad stappen, die is in 2008 verdwenen door de komst van het Kifid. Mediation (vastgelegd in gedragsregel 8) wordt maar mondjesmaat ingezet door verzekeraars: naar schatting zo'n 200 keer per jaar.

Daarnaast is er een Tuchtraad Financiële Dienstverlening, die in 2008 is ingesteld door het Verbond van Verzekeraars. Consumenten kunnen zich hier niet rechtstreeks toe wenden. Zij moeten een klacht indienen bij het Kifid en het Kifid oordeelt dan of een klacht wordt doorgezet naar de Tuchtraad. Consumenten zijn dus afhankelijk van het Kifid, dat trouwens wordt gefinancierd door de financiële dienstverleners die aangesloten zijn bij het Kifid. In het huidige verzekeringstuchtrecht gaat het ook niet om het toetsen van de gedragingen van natuurlijke personen (zoals in het wettelijk tuchtrecht en zelfs ook in het bankentuchtrecht het uitgangspunt is), maar om het uitsluitend kunnen klagen over verzekeringsbedrijven. Daar komt nog bij dat verzekeraars niet verplicht zijn om aangesloten te zijn bij het Verbond van Verzekeraars, en dus ook niet verplicht zijn om mee te doen aan de Tuchtraad. Bovendien legt de Tuchtraad financiële dienstverlening GEEN sancties op. Zij adviseert het Verbond van Verzekeraars slechts over eventueel op te leggen sancties. Er is geen hoger beroep mogelijk en de zittingen van de Tuchtraad zijn niet openbaar. De benoeming van de 'onafhankelijke' leden van de Tuchtraad Financiële Dienstverlening geschiedt door het Verbond van Verzekeraars. De voorzitter wordt uit de eigen kring van leden benoemd op voordracht van de voorzitter van het Verbond. (Ter vergelijking: in het advocatentuchtrecht wordt de voorzitter van de tuchtcolleges in eerste aanleg door de minister van Justitie en Veiligheid benoemd uit leden van de rechterlijke macht. De Minister benoemt in het beroepscollege de voorzitter en de bijzittende kroonleden. Ook zij zijn allen lid van de rechterlijke macht.)

Er is dus behoefte aan een Tuchtraad voor de verzekeringsbranche. Bestaande uit onafhankelijke personen. Consumenten moeten er zelf terecht kunnen met hun klachten. Er moeten sancties opgelegd kunnen worden.

Met tuchtrecht kan niet alleen naleving van standaarden worden afgedwongen, maar kan ook de kwaliteit van het beroep worden bevorderd en kunnen ongewenste gedragingen voorkomen. Dat kan van groot belang zijn. De hele maatschappij heeft er belang bij dat leden binnen een beroepsgroep goed functioneren. Ook bij accountants, advocaten en notarissen is eerder besloten dat die beroepen van dusdanig belang zijn voor de samenleving dat we er zeker van moeten kunnen zijn dat ze hun werk ook echt goed doen. Daarom hebben die beroepsgroepen tuchtrecht. Er is geen reden om de verzekeringsbranche niet ook in die categorie te plaatsen.