

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1810

Vragen van de leden **Blanksma-van den Heuvel** en **Van Vroonhoven-Kok** (beiden CDA) aan de ministers van Financiën en van Justitie over *verzekeringsmaatschappijen die bij grote schades vaak zoeken naar redenen om niet uit te keren.* (Ingezonden 12 februari 2009)

1

Kent u het artikel «Verzekeraars beschuldigd van traag uitkeren»¹ en de Zembla-uitzending van 8 februari 2009 over verzekeringmaatschappijen die bij grote schades vaak zoeken naar redenen om niet uit te keren?

2

Wat vindt u van de praktijk die in de uitzending naar voren komt, dat een verzekeraar zelfs bereid is een detectivebureau in te schakelen om privé-zaken van een cliënt te checken en om op die manier de uitkeringskosten te minimaliseren? Bent u van plan hier wat aan te doen? Zo ja, wat?

3

Wat vindt u van de praktijk die in de uitzending naar voren komt, dat door een (dochter van een) verzekeringmaatschappij ingeschakelde schade-experts zelf ook werken voor deze maatschappij en dus niet onafhankelijk zijn? Bent u

van plan hieraan wat te doen? Zo ja, wat?

4

Wat vindt u van de wetgeving in de Verenigde Staten die verzekeraars te kwader trouw bestraft door middel van het opleggen van boetes en het veroordelen tot vergoeding van gemaakte kosten, waaronder de advocatenkosten? Overweegt u dergelijke wetgeving ook voor Nederland?

¹ Trouw, 5 februari 2009.

Antwoord

Antwoord van minister **Bos** (Financiën), mede namens de minister van Justitie (ontvangen 5 maart 2009)

1

Ja.

2

Verzekeraars dienen – niet alleen in hun eigen belang maar ook in dat van de overige verzekerden – ingediende schadeclaims te toetsen. In ieder geval dient te worden nagegaan wat de oorzaak van de schade is, of de schade het gevolg is van een gedekt evenement, en wat de omvang van de schade is. Indien de verzekeraar van mening is dat van de zijde van de verzekerde een onjuiste, of niet geheel juiste, voorstelling van zaken wordt gegeven, kan het nodig zijn dat hij – teneinde de waarheid boven tafel te krijgen – een beroep doet op

bijstand van een derde, bijvoorbeeld een onderzoeksbureau.

Verzekeraars die lid zijn van het Verbond van Verzekeraars (die in Nederland een marktaandeel van meer dan 95% hebben) en onderzoeksbureaus die werken in opdracht van deze verzekeraars hebben zich dan ook onderworpen aan de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek. Deze gedragscode beschrijft de uitgangspunten voor het instellen van een persoonlijk onderzoek en geeft aan welke beginselen hierbij door de verzekeraar in acht zullen worden genomen. Zo dient de verzekeraar steeds een zorgvuldige afweging te maken tussen de diverse belangen en de mate waarin er sprake van kan zijn dat de persoonlijke levenssfeer van betrokkene wordt geraakt. Bij deze belangenafweging moeten alle ter zake relevante aspecten worden betrokken, waaronder begrepen het privacybelang van betrokkene. De code sluit aan bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en de Privacygedragscode sector particuliere onderzoeksbureaus van de Vereniging van Particuliere Beveiligingsorganisaties. Eventuele klachten over de naleving van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek kunnen worden gericht aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid).

Gegeven het bestaan van de geschetste gedragscodes en er van uitgaand dat er voldoende waarborgen zijn dat verzekeraars en onderzoeksbureaus in de praktijk handelen naar de letter en de geest van deze gedragscodes, zien wij geen reden om op dit terrein van overheidswege nadere maatregelen te treffen.

Naar aanleiding van het in het tv-programma – op basis van 3 individuele zaken – geschetste beeld dat verzekeraars veelal naar redenen zoeken om de afwikkeling van schadegevallen zodanig te vertragen dat zij veel later of zelfs in het geheel niet behoeven uit te keren, hechten wij er overigens aan enige nuancering aan te brengen. Uit cijfers van het Verbond van Verzekeraars blijkt dat inboedelschaden gemiddeld binnen 2 maanden worden afgerond, terwijl dit bij opstalschaden het geval is binnen 1,5 maand.

Ook uit het aantal klachten van consumenten bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening blijkt dat er zeker geen structureel probleem op dit terrein bestaat. In 2006 werden bij de Ombudsman 405 klachten ingediend over brandverzekeringen. Uitgaand van 570.000 schadegevallen per jaar betekent dit een klachtenpercentage van 0,07%.

3

Voor verzekerden die schade hebben geleden is het van belang dat de door hun verzekeraars ingeschakelde schade-experts integer en deskundig opereren. Het Verbond van Verzekeraars heeft daarom de Gedragscode Expertiseorganisaties opgesteld. Het doel van deze gedragscode is een kader te formuleren waarbinnen expertiseorganisaties invulling geven aan het streven om deze ondernemingen op een kwalitatief aanvaardbaar niveau te laten functioneren. Daarnaast is het doel van die code te streven naar transparantie, goede onderlinge verhoudingen en professionaliteit in de expertisebranche. In deze gedragscode zijn basisregels opgenomen omtrent de betrouwbaarheid, professionaliteit, helderheid en integriteit van expertiseorganisaties. De expertiseorganisaties die de gedragscode hebben ondertekend hebben zich aangesloten bij het Kifid.

Het feit dat een door een verzekeraar ingeschakelde schade-expert in dienst is van de desbetreffende verzekeraar of voor die verzekeraar werkt, stuit onzerzijds niet op problemen aangezien bij het Verbond van Verzekeraars aangesloten verzekeraars alleen zaken doen met expertiseorganisaties die handelen conform het bepaalde in de gedragscode. De taak van een dergelijke expert is het immers om op deskundige en betrouwbare wijze de oorzaak van een schade en/of de omvang daarvan vast te stellen. Opgemerkt zij overigens dat de meeste verzekeraars in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen dat een verzekerde het recht heeft een eigen expert (*contra-expert*) in te schakelen, wiens kosten eveneens door de verzekeraar worden vergoed.

4

Wetgeving die inhoudt dat een verzekeraar bij *bad faith* van overheidswege een boete opgelegd kan krijgen, is ons onbekend. Wel kennen de meeste jurisdicties in de Verenigde Staten een regeling die inhoudt dat een verzekerde bij *bad faith* niet alleen kan ageren wegens niet-nakoming van de verzekeringsovereenkomst, maar daarnaast ook een vordering uit onrechtmatige daad kan instellen. Het gevolg daarvan is dat een verzekerde ook *punitive damages* kan vorderen, hetgeen naar het recht van deze staten niet mogelijk is op grond van niet-nakoming van een overeenkomst. Wij overwegen niet dergelijke wetgeving in te voeren. Het Nederlandse recht biedt immers voldoende instrumenten om verzekeraars te ontmoedigen om tegen beter weten te weigeren om tot uitkering over te gaan.

In de eerste plaats hebben verzekeraars geen financieel belang bij een trage of niet correcte schadeafwikkeling. Een verzekerde maakt immers aanspraak op verdragingschade, waarvan de omvang toeneemt naarmate de verzekeraar langer met het doen van een uitkering wacht. Voorts zullen voor een verzekerde de buitengerechtelijke kosten van rechtsbijstand ook omvangrijker zijn naarmate een verzekeraar langer uitkering weigert. De verzekeraar is, voor zover deze kosten redelijk zijn, ingevolge artikel 6:96 lid 2 BW

verplicht om deze kosten (volledig) te vergoeden.

In de tweede plaats kan een verzekerde zich bij een klacht of een geschil wenden tot het Kifid als bemiddelaar en de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening als geschillenbeslechter. Indien een verzekerde daarmee instemt, oordeelt de Geschillencommissie in de vorm van een bindend advies. Het betreft hier een laagdrempelige procedure, zonder verplichte procesvertegenwoordiging en zonder kostenveroordeling. Het biedt verzekerden een adequaat instrument om verzekeraars bij vertraging of weigerachtigheid te dwingen een claim adequaat en snel af te handelen.

In de derde plaats staat natuurlijk ook de weg naar de rechter open. Indien de verzekeraar in het ongelijk wordt gesteld, wordt hij in de proceskosten veroordeeld. Dit omvat niet de volledige kosten. Onder bijzondere omstandigheden, zoals bij misbruik van procesrecht, kan de verliezende partij wél veroordeeld worden de volledige proceskosten te vergoeden. Te denken valt aan een verzekeraar die wetende dat hij tot uitkering verplicht is het toch tot een proces laat komen. In dat geval dienen de advocaatkosten volledig te worden vergoed, zoals dat ook het geval is voor de buitengerechtelijke kosten van rechtsbijstand. Daarover zij nog opgemerkt dat de regel in de Verenigde Staten dat verzekeraars bij *bad faith* de volledige kosten van rechtsbijstand dienen te vergoeden, moet worden gezien tegen de achtergrond dat in de Verenigde Staten iedere partij, onafhankelijk van de uitkomst van een procedure, de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand zelf dient te dragen (de zgn. *American Rule*). Anders dan in Nederland wordt de verliezende partij niet in de proceskosten veroordeeld.