



Bedrijfsregeling informatieverstrekking bij letselschade

Voor een slachtoffer is belangrijk dat hij weet wat hij kan verwachten, als het gaat om de behandeling van zijn letselschade. Uit onderzoek blijkt dat een slachtoffer behoefte heeft aan informatie over de schadebehandeling. Verzekeraars willen door op een open en transparante wijze met slachtoffers en hun belangenbehartigers te communiceren er voor zorgen dat het slachtoffer duidelijkheid heeft over de behandeling van zijn letselschadezaak.

Daarom is deze 'Bedrijfsregeling informatieverstrekking' opgesteld.

Deze regeling is een aanvulling op de richtlijnen van de Letselschade Raad en op de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL)¹. In deze GBL, waarmee verzekeraars sinds 2007 werken, zijn de meeste bepalingen opgenomen van Bedrijfsregeling 15, die stamt uit 2002. De GBL is in 2010 voor alle verzekeraars bindend verklaard, waardoor Bedrijfsregeling 15 als zelfstandige regeling naast de GBL niet langer gehandhaafd hoeft te worden.

Belangrijke uitgangspunten voor deze regeling zijn:

- De verzekeraar bejegt het slachtoffer altijd met respect en aandacht.
 - De verzekeraar informeert het slachtoffer over het schaderegelingproces, zodat het slachtoffer weet wat hij kan verwachten.
 - De verzekeraar handelt voortvarend en proactief.
 - Als het slachtoffer een belangenbehartiger heeft, vinden de inhoudelijke contacten plaats via de belangenbehartiger.
-

De regeling bestaat uit de volgende zeven punten.

1. Informatie aan het slachtoffer

De verzekeraar behandelt het slachtoffer met respect en informeert hem op een begrijpelijke wijze. Vakjargon wordt vermeden. Snelle communicatiemiddelen, zoals telefoon en e-mail, hebben de voorkeur boven brieven. De verzekeraar motiveert de door hem genomen beslissingen. De verzekeraar zorgt ervoor dat ook brieven en mails aan een eventuele belangenbehartiger begrijpelijk zijn voor het slachtoffer.

2. Contact met het slachtoffer

De verzekeraar zorgt ervoor dat het slachtoffer weet wie zijn zaak behandelt en een duidelijk aanspreekpunt heeft. Bij het eerste contact doet de verzekeraar het volgende.

- Hij informeert ernaar hoe het met het slachtoffer gaat en toont medeleven en begrip.
- Hij informeert naar de gevolgen van het ongeval.
- Hij meldt de gegevens waaronder de letselschadezaak bij hem bekend is (zoals het dossierkenmerk en de naam en het telefoonnummer van de behandelaar).
- Hij stuurt een bevestiging per brief of mail als het slachtoffer daar prijs op stelt.
- Hij legt uit wat het slachtoffer kan verwachten met betrekking tot het schaderegelingstraject en verstuurt een brochure, brief of mail of verwijst naar een website met informatie. Deze brochure, brief of website bevat in elk geval informatie over:
 - de beoordeling van de aansprakelijkheid;
 - de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL);
 - de richtlijnen van De Letselschade Raad;
 - het schaderegelingstraject;
 - verwijzing naar een belangenbehartiger en de vergoeding van buitengerechtelijke kosten;
 - het medisch traject;
 - de mogelijkheid dat het slachtoffer wordt benaderd in verband met een tevredenheidsonderzoek.

¹ Voor deze regeling gelden dezelfde uitgangspunten als omschreven in circulaire MMS 2009/01 d.d. 9 januari 2009. In deze circulaire is bepaald dat in het geval er sprake is van een bedrijfsongeval, de GBL van toepassing is zodra er sprake is van dekking op de polis en het geheel of gedeeltelijk vastgesteld zijn van de aansprakelijkheid.



Als het slachtoffer wordt bijgestaan door een belangenbehartiger geldt het volgende.

- De verzekeraar stuurt het slachtoffer een brochure, brief of mail waarin hij hem informeert over het schaderegelingproces of verwijst naar een website met informatie en stelt de belangenbehartiger hiervan in kennis..
- De inhoudelijke contacten over de aansprakelijkheid en de schade vinden plaats tussen de verzekeraar en de belangenbehartiger.
- De informatieverstrekking aan het slachtoffer is alleen bedoeld om hem van de kant van de verzekeraar zo goed mogelijk te informeren over (de voortgang van) het schaderegelingproces.
- De verzekeraar maakt afspraken met de belangenbehartiger over de te volgen stappen bij de afwikkeling.

Gering letsel en schade

Als het letsel en de schade gering zijn, kan de verzekeraar direct in een eerste of tweede telefoongesprek tot een regeling van de schade komen. Het verzenden van een brochure is dan niet nodig.

Volgende contacten

De verzekeraar spreekt met het slachtoffer af wanneer een volgend contact plaatsvindt. De verzekeraar neemt initiatief voor dit contact. Als het ernaar uitziet dat het herstel langer duurt dan 6 maanden, bezoekt een medewerker van de verzekeraar (of een vertegenwoordiger van de verzekeraar) het slachtoffer zo snel mogelijk. De verzekeraar maakt afspraken met het slachtoffer over het verdere traject en geeft hem inzicht in de gemaakte afspraken (bijvoorbeeld in een gezamenlijk behandelplan of een bezoeksrapport waarin de afspraken zijn vastgelegd).

Als het slachtoffer wordt bijgestaan door een belangenbehartiger geldt het volgende.

- Er vindt een gezamenlijk (huis)bezoek plaats door de verzekeraar en de belangenbehartiger (driegesprek), tenzij het slachtoffer aangeeft dat hij hier geen behoefte aan heeft.
- Er vindt afstemming plaats over het behandelproces (acties, wie doet wat, wanneer). Dit gebeurt via een behandelplan, een gezamenlijk opgesteld rapport, een bezoeksrapport van de verzekeraar of een brief/mail waarin de afspraken zijn vastgelegd.

Jaarlijks contact

De verzekeraar heeft ten minste één maal per jaar persoonlijk contact met het slachtoffer om zich op de hoogte te stellen van het letsel en de situatie van het slachtoffer.

Ook als het slachtoffer wordt bijgestaan door belangenbehartiger, heeft de verzekeraar ten minste één maal per jaar persoonlijk contact met het slachtoffer, tenzij het slachtoffer aangeeft dat hij hier geen prijs op stelt.

3. Informatie opvragen

De verzekeraar vraagt alleen informatie op die relevant is voor de schadeafwikkeling en geeft aan met welk doel hij deze informatie opvraagt. De verzekeraar vraagt informatie zo veel mogelijk in één keer op. Als het slachtoffer wordt bijgestaan door een belangenbehartiger gebeurt dit via de belangenbehartiger.



4. De belangenbehartiger reageert niet

Als een zaak stagneert omdat de belangenbehartiger niet reageert binnen 4 weken (of een andere tussen verzekeraar en belangenbehartiger afgesproken termijn) of als de belangenbehartiger geen informatie geeft die van belang is voor de schadeafwikkeling, staat het de verzekeraar vrij om rechtstreeks contact op te nemen met het slachtoffer. De verzekeraar doet dit pas nadat hij de belangenbehartiger op de hoogte heeft gesteld van zijn voornemen en geeft hem nog een termijn van 4 weken om alsnog te reageren. De verzekeraar legt het slachtoffer dan uit welke informatie is gevraagd via de belangenbehartiger en waarom hij rechtstreeks contact opneemt.

5. Informeren over voortgang

Het staat de verzekeraar vrij het slachtoffer rechtstreeks te informeren over de voortgang van het schaderegelingsproces. Inhoudelijke contacten vinden plaats via de belangenbehartiger.

6. Betalingen

De verzekeraar verricht betalingen in verband met de letselschade rechtstreeks aan het slachtoffer. Als het slachtoffer wordt bijgestaan door belangenbehartiger geldt het volgende:

De verzekeraar verricht betalingen in verband met de letselschade bij voorkeur rechtstreeks aan het slachtoffer. Als het slachtoffer echter aangeeft dat de betalingen op de derdenrekening van de belangenbehartiger moeten worden gedaan, is dit ook mogelijk. De verzekeraar kan dan om een schriftelijke machtiging van het slachtoffer vragen. De verzekeraar brengt het slachtoffer dan op de hoogte van de (voorschot)betalingen aan de belangenbehartiger.

Bij de eindafwikkeling vermeldt de verzekeraar – in een vaststellingsovereenkomst of begeleidende brief – welk bedrag hij in totaal aan schadevergoeding heeft betaald. Hij geeft in die overeenkomst of brief dan apart aan welk bedrag hij aan buitengerechtelijke kosten heeft betaald. Het staat de verzekeraar vrij het slachtoffer tussentijds op de hoogte te brengen van de buitengerechtelijke kosten die hij aan de belangenbehartiger betaalt.

7. Zaken die niet binnen 2 jaar zijn afgewikkeld

Als een zaak niet binnen 2 jaar is afgehandeld, neemt de verzekeraar contact op met het slachtoffer. Verzekeraar en slachtoffer bespreken dan welke maatregelen genomen kunnen worden om de schaderegeling te bevorderen.

Als het slachtoffer wordt bijgestaan door een belangenbehartiger geldt het volgende. Als een zaak niet binnen 2 jaar is afgehandeld, vindt een gesprek plaats waarbij ook het slachtoffer aanwezig is, tenzij het slachtoffer aangeeft dat hij hieraan geen behoefte heeft. Zij bespreken dan welke maatregelen de schaderegeling kunnen bevorderen en hoe het vervolgtraject eruit ziet.