

Bulletin 1999, 6 Vergoeding werkzaamheden door gezinsleden van gelaedeerde voor wiens letsel een derde aansprakelijk is (Bewerkt door Mr. S. Grolleman  
Bulletin 1999, 6 Medische aansprakelijkheid (Bewerkt door Mr. S.W. Polak, Hooge Huys Verzekeringen )  
Bulletin 1999, 6 Rechterlijke matiging (Bewerkt door Mr. H.W.C. van Wees, Nationale-Nederlanden )  
Bulletin 1999, 6 De hoogte van het uurtarief van de advocaat (Bewerkt door Mr. G. Wassink, Interpolis Schade )  
Bulletin 1999, 6 Loonvordering werkgever en buitengerechtelijke kosten (Bewerkt door Mr. A.F.J. Blondeel, AMEV Schadeverzekering)  
Bulletin 1999, 6 Nieuwe regeling asbestschaden Verbond van Verzekeraars (Bewerkt door Mevr. mr. J..M.I. Winter, Winterthur International )  
Bulletin 1999, 6 Uit de Nieuwsgroepen (Bewerkt door Mr. R.J.S. Ansenk, Stichting PIV)

## **Bulletin 1999, 6 Vergoeding werkzaamheden door gezinsleden van gelaedeerde voor wiens letsel een derde aansprakelijk is (Bewerkt door Mr. S. Grolleman**

HR 28 MEI 1999, RvdW 1999 nr. 89 C. (De Vries c.s./Losser) en RvT nr. III - 98/36

### Inleiding

Recent zijn uitspraken van twee verschillende instanties gepubliceerd die dezelfde problematiek raken, namelijk die van de vergoeding van werkzaamheden verricht door gezinsleden van een gelaedeerde en welke verricht worden in het kader van een letselschade waarvoor een derde aansprakelijk is. In de ene zaak betreft het meewerken in de huishouding, in de andere verzorging en verpleging van een gelaedeerd gezinslid. In hoeverre dient de verzekeraar van de aansprakelijke partij voor dergelijke handelingen een vergoeding te verlenen?

Beide uitspraken gaan uit van een erkenning van een (meer) abstracte methode van schadebegroting.

### Casus 1

Een meisje, Johanna, liep onder schooltijd tijdens het verrichten van de koffie- en theedienst brandwonden op. De school wordt door de gemeente geëxploiteerd, de leraren zijn in dienst van de gemeente.

De ouders vorderen in hun hoedanigheid van wettelijke vertegenwoordigers de door Johanna geleden schade. De ouders hebben besloten een deel van de verzorging en verpleging, welke anders door professionele, betaalde hulpverleners wordt verricht op zich te nemen..

In cassatie staan de volgende vragen open:

1. Dient een vergoeding te worden gegeven voor het verlies aan vakantiedagen van de ouders en, zo ja, tot welk bedrag?
2. Dient een vergoeding te worden gegeven voor de tijd die de ouders hebben besteed aan de verpleging en begeleiding van Johanna en, zo ja, tot welk bedrag?

Het oordeel van

De Hoge Raad

De Hoge Raad beslist als volgt:

Ad 1: 'Het verlies aan vakantiedagen komt niet voor vergoeding in aanmerking, nu niet aannemelijk is gemaakt dat professionele hulpverleners worden ingeschakeld voor ziekenhuisbezoek indien de ouders niet in de gelegenheid zijn het kind zelf te bezoeken. De heilzame invloed van bezoeken op het genezingsproces moet worden toegeschreven aan de persoonlijke band tussen ouders en kind, zodat het verlies aan vakantiedagen, hoezeer ook als vermogensschade aan te merken niet als door Johanna geleden schade aangemerkt kan worden.'

Ad 2: 'De ouders hebben zelf de noodzakelijke verzorging en verpleging van Johanna op zich genomen in plaats van dit te laten verrichten door betaalde professionele hulpverleners. De ouders voldoen hiermee in natura aan een verplichting die primair rust op de aansprakelijke partij. De ouders hebben aannemelijk gemaakt dat de verzorging en verpleging in het belang van een goede genezing van Johanna het best door henzelf gegeven kan worden. De redelijkheid en billijkheid brengt in dit geval mee dat het de rechter vrijstaat om bij de vraag of het kind zelf vermogensschade heeft geleden en op welk bedrag de schade kan worden begroot, te abstraheren van de omstandigheden dat deze taken niet door professionele hulpverleners worden verricht, dat de ouders jegens het kind geen aanspraak hebben op vergoeding voor hun inspanningen en dat zij de taken hebben verricht zonder daardoor inkomsten te derven. De Hoge Raad bevestigt het arrest van het Hof dat aan de ouders een naar redelijkheid en billijkheid begrote, aan de uitgespaarde kosten van professionele hulp gerelateerde, schadevergoeding toekent.'

De Hoge Raad merkt aanvullend op dat de rechter bij deze wijze van begroten geen hogere vergoeding dan het geschatte bedrag van bespaarde kosten van professionele hulp mag toekennen.

## Casus 2

Klaagster heeft letsel opgelopen ten gevolge van een aanrijding, waarvoor verzekeraar aansprakelijkheid heeft erkend. Eén van de gevolgen van het ongeval was dat klaagster niet in staat was zelf het huishouden te doen in de omvang die zij gewend was. Over 1996 en 1997 heeft verzekeraar een vergoeding betaald voor zogenoemde mantelzorg op basis van een door de Stichting Thuiszorg opgemaakte indicatie. Deze indicatiestelling d.d. 25 november 1997 geeft aan dat nog 3,5 uur extra zorg per week nodig is. Vanaf januari 1998 weigert verzekeraar vergoedingen te verstrekken terzake mantelzorg.

Zowel verzekeraar als klaagster gaan uit van dezelfde definitie van mantelzorg, te weten: elk aandeel in de informele zorg die verricht wordt door leden van het huishouden en degenen die het huishouden nabij staan die het normaal gangbare aanzienlijk overstijgt.

Verzekeraar stelt dat een overschrijding van 3,5 uur geen aanzienlijke overstijging van het normaal gangbare is en redeneert dat de bijdrage van de leden van het gezin zodanig gering is, dat sprake is van een normale bijdrage in de gang van zaken in het huishouden.

Klaagster stelt dat verzekeraar niet bereid is een redelijke vergoeding voor mantelzorg te verstrekken en haar echtgenoot en kinderen laat opdraaien voor de schade waarvoor verzekeraar aansprakelijk is.

## Het oordeel van de Raad van Toezicht

Uitgaande van de door beide partijen erkende definitie van mantelzorg komt de raad tot de conclusie dat bij iedere overstijging van het normaal gangbare aandeel in het huishouden sprake is van mantelzorg die voor vergoeding in aanmerking komt. I.c. is de 3,5 uur overstijging van het normaal gangbare die vergoed dient te worden. De klacht wordt gegrond verklaard.

## Commentaar

In beide casussen is sprake van werkzaamheden welke door gezinsleden worden gedaan en waarvoor een bepaalde vergoeding wordt gevraagd aan de aansprakelijke persoon, omdat de werkzaamheden waarvoor vergoeding wordt gevraagd voortkomen uit het schadeveroorzakend evenement. Hoewel naast de tijdsinvestering verder geen kosten worden gemaakt en gesteld kan worden (en wordt gesteld) dat de werkzaamheden zijn aan te merken als normaal voor een gezin, hebben de oordelende instanties in beide gevallen geoordeeld dat dergelijke werkzaamheden voor vergoeding in aanmerking komen. Dit wijkt onder meer af van hetgeen Hof Amsterdam (PIV-Bulletin 1999/3, Hof Amsterdam

24 december 1998, rolnr. 1548/97) recent nog besliste: Zowel rechtbank als hof oordelen nog dat onbetaalde hulp van gezins- en familieleden niet voor vergoeding in aanmerking komt. Slechts concreet gemaakte kosten komen voor vergoeding in aanmerking.

In de RvT zaak is dit gegeven op zich ook niet direct ter discussie geweest. De betrokken verzekeraar heeft aangegeven dat huishoudelijke hulp, die noodzakelijk is als gevolg van opgelopen letsel, wordt vergoed voorzover de kosten daarvan daadwerkelijk zijn gemaakt. Indien de hulp wordt verleend door gezinsleden, wordt daarvoor een redelijke vergoeding verleend. Verzekeraar verleende, onder bekendmaking van haar bezwaren, een vergoeding van f 5 per uur.

Met betrekking tot deze zaak kan men nog stellen dat sprake is van een verkeerde interpretatie van het begrip mantelzorg, hetgeen maakte dat de verzekeraar onterecht vergoeding van de verleende mantelzorg weigerde. De Stichting Thuiszorg had de indicatiestelling voor zorg teruggebracht van 5 naar 3,5 uur per week. Verzekeraar ging er van uit dat in dat geval niet langer sprake was van een aanzienlijke overstijging van het gangbare. Echter, conform de definitie van het begrip mantelzorg, die door beide partijen was aanvaard, vallen alle uren die als mantelzorg worden aangeduid onder dat deel dat het normaal gangbare overschrijdt. De raad maakte daarom ook terecht korte metten met het standpunt van verzekeraar, zeker nu verzekeraar in de eerdere situatie, ten tijde van de 5 uren-indicatie geen bezwaar had gemaakt tegen vergoeding van deze kosten. Zowel de raad als partijen erkennen impliciet de methode van de abstracte schadeberekening.

De zaak die de Hoge Raad te beoordelen kreeg raakt wèl de specifieke voorvraag, namelijk of vergoeding van de verzorgingshandelingen door de ouders op zijn plaats is. De beoordeling van deze zaak valt nog onder het regime van art. 1407 BW (oud). De vraag, of hier kan worden gesproken van door gelaedeerde zelf geleden schade, kan echter ook rijzen in gevallen die onder de werking van art. 6:107 BW vallen.

Indien de hulp verleend was door professionele hulpverleners, was het mogelijk geweest de hiermee gepaard gaande kosten te verhalen op de aansprakelijke partij. Nu de ouders deze taken verrichten en zij geen vordering hebben op het kind en geen inkomsten derven, zou aan de hand van een concrete schadeberekening vergoeding van enige kosten niet op zijn plaats zijn. De Hoge Raad geeft aan dat in dit geval de redelijkheid meebrengt dat de rechter mag abstraheren en een vergoeding mag toekennen. Deze vergoeding mag echter het geschatte bedrag niet overschrijden welke als vergoeding zou dienen in het geval dat de hulp niet door de ouders maar door professionele krachten zou zijn verleend.

In zijn conclusie bij het arrest geeft A-G Spier aan dat hij het toestaan van een abstracte schadeberekening in deze situaties alleen passend acht bij 'aansprekende gevallen', hetgeen situaties zijn waarin sprake is van een zekere ernst. Hij benoemt drie minimumvereisten waaraan zijns inziens moet zijn voldaan:

1. er moet een nauwe - niet noodzakelijkerwijs familiale - band bestaan tussen de benadeelde en degene die de tijd aan hem heeft besteed;
2. de werkzaamheden zouden, indien door benadeelde uitbesteed aan derden, voor vergoeding in aanmerking komen; en
3. er zou sprake zijn van een wezenlijk schrijnende situatie, wanneer deze werkzaamheden onvergoed zouden blijven, waarvoor in elk geval geldt dat het gaat om een relevant tijdsbeslag.

Niet ieder geval van tijdsbesteding hoort in aanmerking te komen, maar alleen die gevallen waarin het door omstandigheden redelijk is te achten. De Hoge Raad stelt dat aan dit vereiste is voldaan, doordat de ouders aannemelijk hebben gemaakt dat het zelf verzorgen en verplegen van Johanna in het belang was van een goede genezing.

De A-G geeft tevens aan dat er redenen zijn in geval van lichte schuld en bij risicoaansprakelijkheid terughoudendheid te betrachten.

Wat kunnen aansprakelijkheidsverzekeraars naar aanleiding van de besproken uitspraken verwachten? Evenals na het 'Vehof-arrest' (HR 15 mei 1998, VR 1998, 121 ) zal de praktijk de nodige variaties op dit thema laten zien: abstracte begrotingen van schaden op het gebied van iedere vorm van huishoudelijke zorg, verzorging en verpleging alsmede het oprekken van het toepassingsgebied van deze vorm van schadebegroting. De eerste gevallen hiervan (waar onder verwijzing naar genoemde uitspraak van de Hoge Raad wordt geclaimd, zoals bijv. een claim in verband met, naast de kilometervergoeding, de (geringe) tijdsinvestering die gedaan wordt om een gelaedeerd kind van en naar school te brengen) zijn inmiddels bekend. Uit zowel de door de Hoge Raad gebruikte formulering als hetgeen de A-G hieromtrent zegt is echter af te leiden dat de abstracte schadebegroting niet in alle gevallen kan/mag worden toegepast. Beoordeeld moet worden of de specifieke omstandigheden van het geval rechtvaardigen dat deze wijze van begroten wordt toegepast. n

## **Bulletin 1999, 6 Medische aansprakelijkheid (Bewerkt door Mr. S.W. Polak, Hooge Huys Verzekeringen )**

(immateriële) schade;

schadevergoeding op te maken bij staat

HR 28 mei 1999, nr 16.842, ongepubliceerd

Casus

Mevrouw G. liet een tumor uit haar linkerborst verwijderen. Op grond van het weefselonderzoek besloot ze beide borsten te laten amputeren en na overleg koos ze voor navulbare prothesen. Haar behandeling bestond naast amputatie en aanbrengen van de prothesen uit poliklinische controles, bijvulling van de prothesen en een slotoperatie voor het verwijderen van de ventieltjes en slangetjes voor de navulling. In september 1988 vond de laatste navulling plaats en werd besloten tot een slotoperatie in december 1988.

In november kreeg G. klachten van haar linker prothese die bleek te zijn gaan lekken en werd nagevuld. Tijdens de slotoperatie in december constateerde de chirurg dat de linkerprothese opnieuw was gaan lekken en dat de rechterprothese na verwijdering van het ventiel ook lekte. Hij besloot ze te verwijderen en te vervangen door niet navulbare prothesen; daarvoor waren grotere incisies nodig zodat er grotere littekens ontstonden. De oorzaak van het lekken van de prothesen werd niet vastgesteld.

#### Vordering en verweer

G. vorderde vergoeding van haar schade - op te maken bij staat - ten gevolge van wanprestatie of onrechtmatig handelen omdat de chirurg ondeugdelijke prothesen had ingebracht of de lekkages had veroorzaakt.

Het ziekenhuis en de chirurg voerden als verweer dat de behandelingsovereenkomst naar behoren was uitgevoerd. Zij waren niet op de hoogte van het lekken van de navulbare prothesen en hoefden dat ook niet te zijn; een reden om de prothesen op lekken te controleren voor ze in te brengen was er niet en noch het ziekenhuis, noch de chirurg hoefden in te staan voor de deugdelijkheid van de prothesen.

#### Rechtbank en hof

De rechtbank wees de vordering van G. toe omdat wie zich met een medische overeenkomst verbindt tot het verschaffen van een zaak, voor de deugdelijkheid van die zaak dient in te staan.

Het hof wees de vordering af omdat het niet inzag dat G. schade heeft geleden; ook niet wanneer er ondeugdelijke prothesen zouden zijn geïmplantéerd of deugdelijke prothesen verkeerd zouden zijn geïmplantéerd en overwoog daarbij dat, toen de chirurg de lekkage tijdens de slotoperatie vaststelde, deze direct op adequate wijze is hersteld. De beslissing om de navulbare prothesen te vervangen door niet navulbare mocht hij nemen. Verder vond het hof het niet aannemelijk dat G. door de complicatie extra leed en spanningen heeft doorstaan en oordeelde het dat G. haar schade op geen enkele wijze aannemelijk heeft gemaakt.

#### De Hoge Raad

De belangrijkste onderdelen van het cassatiemiddel waren motiveringsklachten. Het hof zou onvoldoende hebben gemotiveerd 1) dat de vrijheid van de chirurg om tijdens de slotoperatie de niet navulbare prothesen aan te brengen tot gevolg heeft dat de grotere incisies die daarvoor nodig waren (en dus de grotere littekens) geen door wanprestatie of onrechtmatig handelen veroorzaakte schade opleveren, 2) dat G. geen schade heeft geleden omdat het lekken van de prothese direct is verholpen

nadat dat tijdens de slotoperatie was vastgesteld en 3) dat de vordering van G. tot vergoeding van immateriële schade niet toegewezen kan worden.

De Hoge Raad beslist deze onderdelen in het voordeel van G. Onderdeel 1) omdat het hof alleen heeft geoordeeld over het handelen van de chirurg tijdens de slotoperatie. Voor de aansprakelijkheid was echter ook van belang het daaraan voorafgaand handelen zodat het hof ook had moeten onderzoeken of de chirurg ondeugdelijke prothesen had aangebracht en/of daarna toerekenbaar tekort was geschoten bij de behandeling. Onderdeel 2) slaagt omdat vaststaat dat er grotere littekens zijn ontstaan dan bij een geslaagde operatie met navulbare prothesen het geval zou zijn geweest.

Aan onderdeel 3) besteedt de Hoge Raad meer woorden. Het hof had de immateriële schade van G. afgewezen omdat - kort gezegd - haar psychische spanningen en leed al waren opgetreden door de reeds bestaande aandoening en het niet aannemelijk was dat die door de complicatie beduidend waren verhoogd. Immateriële schade zou derhalve niet in het bijzonder aan de complicatie zijn toe te schrijven, waarbij het hof overwoog dat de complicatie aanvankelijk poliklinisch werd verholpen en dus niet alarmerend was en G. al psychische hulp had gevraagd voordat de complicatie aan het licht was gekomen.

Het oordeel van de Hoge Raad luidt als volgt:

'Kennelijk heeft het Hof geoordeeld dat de extra medische behandeling en de daarmee gepaard gaande extra ingrepen wel enig extra leed hebben meegebracht, maar dat dit extra leed niet voldoende is om aannemelijk te doen zijn dat de vrouw als gevolg van de bedeelde complicatie immateriële schade heeft geleden. De door het Hof (...) opgesomde omstandigheden zijn evenwel noch ieder afzonderlijk, noch in onderling verband en samenhang gezien, toereikend voor zijn vermelde oordeel. Dat de behandelende arts de complicatie niet alarmerend achtte, zegt niets over de mate waarin de complicatie aan de vrouw leed heeft berokkend. De omstandigheid dat de vrouw reeds vóór het constateren van de complicatie de bijstand van een psychiater of psycholoog heeft gevraagd, sluit geenszins uit dat haar behoefte aan dergelijke bijstand na het constateren van de complicatie is verhoogd.'

Commentaar

Baanbrekend is het oordeel van de Hoge Raad niet. Al in het arrest HR 22 juni 1979, NJ 1979, 516 heeft hij voor toewijsbaarheid van een vordering tot schadevergoeding op te maken bij staat, als maatstaf gegeven 'de aannemelijkheid dat er mogelijk schade is of zal worden geleden'. Bij toepassing van deze maatstaf vond het hof dat niet aannemelijk en de Hoge Raad oordeelde dat de daarvoor gegeven motivering onvoldoende was.

Interessant is wel de beoordeling van de vraag of G. recht heeft op vergoeding van immateriële schade. Het standpunt is verdedigbaar dat er geen vergoeding van immateriële schade verschuldigd is wanneer psychische spanningen die voortvloeien uit een aandoening, (wel iets maar) niet beduidend zijn verhoogd door de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis. Het zal alleen in sprekende gevallen houdbaar zijn, waarbij een rol kan spelen dat juist wanneer iemand al aan ernstige psychische spanningen lijdt, iedere verhoging daarvan door een op zichzelf staande gebeurtenis extra zwaar weegt.

## **Bulletin 1999, 6 Rechterlijke matiging (Bewerkt door Mr. H.W.C. van Wees, Nationale-Nederlanden )**

HR 28 mei 1999, NJ 1999, 510

### De feiten

Tijdens een echtscheidingsprocedure gaf een vrouw aan de bank, waarbij het bedrijf van haar man een effectenrekening had, opdracht aandelen in een aan de beurs genoteerde onderneming te verkopen. Vervolgens gaf zij de bank opdracht de opbrengst van de effecten over te boeken naar een rekening bij haar eigen bank, waarna zij het saldo van die rekening heeft opgenomen.

Bij de eerste bank heeft zij valsheid in geschrifte gepleegd, omdat zij de handtekening van haar man had vervalst. Ruim een jaar later ontdekte de man, dat de aandelen zonder zijn toestemming waren verkocht. Hij eiste bij de vrouw de toenmalige waarde van de aandelen op.

De Haarlemse rechtbank wees de vordering toe.

In hoger beroep matigde het Hof Amsterdam de vordering. Het hof wees de vordering toe tot het bedrag dat de vrouw daadwerkelijk voor de aandelen had gekregen en niet tot het hogere bedrag van de waarde van de aandelen een jaar later, op het moment waarop de man de verkoop had ontdekt.

### Het oordeel van de Hoge Raad

De Hoge Raad oordeelt dat ingevolge art. 6:109 BW alleen dan voor matiging van schadevergoeding plaats is, indien volledige schadevergoeding in de gegeven omstandigheden, waaronder de aard van de aansprakelijkheid, de tussen partijen bestaande rechtsverhouding en hun beider draagkracht, tot kennelijk onaanvaardbare gevolgen zou leiden. Deze maatstaf noopt de rechter ertoe met terughoudendheid gebruik te maken van zijn bevoegdheid een wettelijke verplichting tot schadevergoeding te matigen.

In casu wordt het arrest van Hof Amsterdam vernietigd en de zaak verwezen naar Hof Den Haag teneinde de kwestie aan de hand van de beslissing van de Hoge Raad opnieuw te beoordelen.

### Matiging



Voordat boek 6 BW op 1 januari 1992 in werking trad, bestond er geen op art. 6:109 BW gelijkende bepaling. Rechterlijke matiging was slechts in enkele gevallen mogelijk, zoals bij overlijdensschade (art. 1406 BW (oud)), letselschade (art. 1407 BW (oud)) en belediging (art. 1408 BW (oud)). Op bescheiden schaal kon de rechter in die gevallen besluiten minder schadevergoeding toe te wijzen dan er aan schade berekend was.

Sinds 1 januari 1992 is art. 6:109 BW van toepassing op alle gevallen van schadevergoeding.

### Matiging en verzekering

Voor de verzekeringspraktijk is rechterlijke matiging overigens niet van belang.

Onder het oude BW was in de jurisprudentie herhaaldelijk uitgesproken, dat matiging niet aan de orde kon komen, indien de aansprakelijke partij een verzekering had die de schade dekte. Een voorbeeld hiervan vindt men in Hoge Raad 3 december 1971, NJ 1972, 144 (Groningen/Kerssies).

In art. 6:109 BW is uitdrukkelijk bepaald, dat matiging niet mag geschieden tot een lager bedrag dan waarvoor de schuldenaar zijn aansprakelijkheid door verzekering heeft gedekt of verplicht was te dekken.

## **Bulletin 1999, 6 De hoogte van het uurtarief van de advocaat (Bewerkt door Mr. G. Wassink, Interpolis Schade )**

Uitspraak LSA nr. 9 Geschillencommissie Declaraties d.d. 25 mei 1999

### Casus

De cliënt van de advocaat heeft in 1992 bij een bedrijfsongeval een dwarslaesie opgelopen.

De verzekeraar heeft in juli 1993 de aansprakelijkheid van de werkgever erkend.

Vervolgens is tussen partijen langdurig onderhandeld over de afwikkeling. Daarbij bood de verzekeraar aanvankelijk

f 600.000 en vorderde de advocaat in het begin meer dan f 2.000.000.

Uiteindelijk zijn partijen het in mei 1997 eens geworden over een schadevergoeding van ruim f 1.700.000.

De vordering terzake buitengerechtelijke kosten en het standpunt van de verzekeraar

De advocaat vordert in totaal 169,94 uren over de periode 1992 tot 1997, waarbij een uurtarief wordt gehanteerd van f 725, excl. BTW, zijnde het voormalige basistarief van f290 te vermenigvuldigen met factor 2,5 wegens belang en specialisatie.

Daarbij wordt door de advocaat opgemerkt dat hij op basis van het calculatieschema dat tot 1 januari 1997 door de Orde van Advocaten werd gehanteerd zelfs f 1.087,50 (totale vermenigvuldigingsfactor 3,75) in rekening zou mogen brengen.

Het expertise bureau dat voor verzekeraar optrad heeft aangeboden 152,19 uren te vergoeden tegen een tarief van f 435, excl. BTW, zijnde het basistarief met factor 1,5 wegens specialisatie.

De overwegingen en het oordeel van de commissie

De commissie beslist allereerst dat het door de advocaat gedeclareerde aantal uren - gezien onder meer de ernst van het letsel en het feit dat de inspanningen van de advocaat tot een aanmerkelijk hogere schadevergoeding hebben geleid dan aanvankelijk door de verzekeraar is aangeboden - redelijk en voldoende onderbouwd is.

De commissie gaat in dat kader niet in op de suggestie van de verzekeraar om bij de advocaat diens volledige dossier ter inzage op te vragen.

Met betrekking tot het in redelijkheid te hanteren uurtarief overweegt de commissie:

'De Commissie is van oordeel dat de berekeningsgrondslagen, waaronder met name de meervoudige vermenigvuldigingsfactoren, die het voormalige calculatieschema van de Nederlandse Orde van Advocaten biedt voor het inrichten van advocatendeclaraties voor de eigen cliënt niet onverkort van toepassing zijn bij het vaststellen van de redelijke kosten van rechtsbijstand die voor rekening van de aansprakelijke partij komen.

Daarmee is niet gezegd dat bij deze vaststelling aan de factoren belang en specialisatie geen betekenis kan toekomen. De factor specialisatie weegt daarbij voor de Commissie zwaarder dan de factor belang, nu de laatstgenoemde factor van minder invloed is op de aard van de door de advocaat te verrichten werkzaamheden.

Er dient echter wel met de factor belang rekening te worden gehouden, nu het algemeen gebruikelijk is dat deze factor - ook buiten het terrein van de personenschade - meegewogen wordt bij de waardering van de werkzaamheden.

In het algemeen kan de factor belang niet zwaarder wegen dan de factor specialisatie. In het onderhavige geval ziet de Commissie in de omstandigheid dat bij wege van schadevergoeding ruim NLG 1,7 mio aan de cliënt is betaald reden om de factor belang even zwaar te laten wegen als de factor specialisatie.

De Commissie heeft mede in overweging genomen dat het eerste aanbod van de verzekeraar zeer ver van het bedrag van NLG 1,7 mio verwijderd lag.

Alles overziende komt de Commissie voor de jaren 1992 tot en met 1995 op een uurtarief van f 545 en voor de jaren 1996 en 1997 op een uurtarief van f 580.<sup>1</sup>

#### Overige beslissingen

De commissie weigert de door de advocaat gevorderde wettelijke rente toe te wijzen met als motivering dat het haar niet vrijstaat een oordeel te geven over het verschuldigd zijn van wettelijke rente.

De commissie weigert ook uitspraak te doen over de - redelijkheid van de - declaratie van een door de cliënt van de advocaat ingeschakelde accountant.

#### Commentaar

Een uitspraak die aangeeft dat, in de sfeer van de redelijke kosten als bedoeld in art. 6:96 BW, de hoogte van het uurtarief duidelijk aan beperkingen onderhevig is.

In dit - in mijn optiek redelijk extreme - geval komt de commissie tot een vergoeding per uur van kennelijk twee maal het 'oude' basistarief uit het calculatieschema.

Hoger kan het tarief dan naar mijn inschatting eigenlijk nooit uitvallen, terwijl het bijna in alle gevallen lager zal moeten zijn.

Het vermelden waard is nog dat de commissie zich strikt aan haar in het reglement geformuleerde opdracht houdt en dus weigert een uitspraak te doen over de vraag of wettelijke rente is verschuldigd.

Ook rekent de commissie het niet tot haar taak om declaraties van een accountant te begroten, in ieder geval niet, indien niet blijkt dat de accountant heeft samengewerkt met de advocaat en de accountantskosten niet als onderdeel van de kosten van rechtsbijstand kunnen worden aangemerkt.

## **Bulletin 1999, 6 Loonvordering werkgever en buitengerechtelijke kosten (Bewerkt door Mr. A.F.J. Blondeel, AMEV Schadeverzekering)**

Grondslag van de vordering

Eerst maar even naar de basis van 'het verhaal'. Met de invoering van art. 6:107a BW per 1 februari 1996, werd aan de werkgever een regresrecht toegekend terzake van het door hem aan een werknemer doorbetaalde loon bij arbeidsongeschiktheid. Hiermee werd een rechtsongelijkheid ten opzichte van de overheid, die op basis van de VOA reeds een verhaalsrecht voor het aan arbeidsongeschikte ambtenaren doorbetaalde loon had, gladgestreken. Tevens werden tot dan toe gebruikte en soms nogal gekunsteld aandoende voorschot- en cessieconstructies tussen werkgevers en werknemers overbodig<sup>1</sup>.

In gevallen waarin een derde wettelijk aansprakelijk is voor de uitval van de werknemer kan de werkgever op grond van art. 6:107a BW tot maximaal het 'civiele plafond' het doorbetaalde loon op de aansprakelijke derde of diens WA-verzekeraar verhalen. Het civiele plafond wordt bepaald door het netto loon van de werknemer. De werkgever kan dus niet meer vorderen dan de werknemer zelf van de aansprakelijke derde had kunnen vorderen, indien zijn loon niet zou zijn doorbetaald<sup>1</sup>.

### Buitengerechtelijke kosten

Iedere personenschadebehandelaar bij een WA-verzekeraar kent ze wel, de brieven van de (vaak reeds op voorhand) door een werkgever ingeschakelde advocaten en regresbureaus, waarin wordt gesteld dat de WA-assuradeur de door hen opgegeven buitengerechtelijke kosten in verband met het indienen van de loonvordering dient te voldoen. Vervolgens wordt, ter onderbouwing van die stelling, veelal volstaan met een enkele verwijzing naar de vindplaats van een rechterlijke uitspraak of arrest.

Reeds eerder (bij de bespreking van het vonnis van de Kantonrechter Sneek 6 mei 1998 (Dela/Woudsend) in PIV-Bulletin 1998/1, p. 5-6) werd hieromtrent in dit bulletin een standpunt ingenomen. Betoogd werd dat een doorsnee werkgeversvordering geen specialistische kennis vereist. De kosten in verband met juridische bijstand kunnen de dubbele redelijkheidstoets van art. 6:96 lid 2 sub b en c BW in het algemeen dan ook niet doorstaan. Alleen in die zaken die zich qua complexiteit onderscheiden, bijv. wanneer de WA-verzekeraar een onjuist standpunt inzake aansprakelijkheid of het vorderingsrecht van de werkgever blijkt te hebben ingenomen, kan het redelijk zijn dat de werkgever zich door een deskundige laat bijstaan.

Inmiddels zijn wij ruim een jaar en verschillende uitspraken en arresten verder. Een aantal door werkgevers ingeschakelde advocaten en andere rechtshulpverleners beroept zich momenteel op HR 16 oktober 1998, RvdW 1998, 184 C en NJ 1999, 196 (AMEV/De Staat). Ook die vonnissen van kantonrechters, waarin een vordering is toegewezen, zijn favoriet. Is hun verwijzing naar die vindplaatsen, met de daarbij vermelde conclusie dat de door hen opgegeven kosten dienen te worden betaald, terecht?

HR 16 OKTOBER 1998,

NJ 1999, 196 (AMEV/DE STAAT)

In 1987 en 1988 was een aantal aan de Staat in eigendom toebehorende auto's betrokken bij in totaal 39 aanrijdingen. AMEV had, als WAM-verzekeraar van de aansprakelijke tegenpartijen van de Staat, in alle gevallen aansprakelijkheid zonder discussie erkend en de materiële schade en expertisecosten meteen voldaan. Voor de afwikkeling van deze eenvoudige cascoschades had de Staat administratiekosten gemaakt (telefoonverkeer, correspondentie, loon- en kantoorkosten). Omdat die kosten niet per schadegeval exact zijn vast te stellen, werd door de Staat per schadegeval een forfaitair bedrag aan AMEV in rekening gebracht.

Gezien de vlotte afwikkeling weigerde AMEV deze kosten te betalen (het betrof kosten die naar huidig recht in art. 6:96 lid 2 als buitengerechtelijke kosten zijn aangeduid).

De rechtbank honoreerde het standpunt van AMEV en vond dat deze 'algemene kantoorkosten' redelijkerwijze niet meer als schade kunnen worden aangemerkt.

Het Hof Amsterdam wees de vordering van de Staat wèl toe en deed dat niet op grond van art. 6:96 lid 2 onder b en c BW, maar zag deze administratiekosten als 'gewone' vermogensschade ex Art. 6:95 en 6:96 BW. AMEV werd veroordeeld tot betaling van 50% van het door de Staat in rekening gebrachte forfaitaire bedrag.

De Hoge Raad ziet de kosten weer wèl als buitengerechtelijke kosten als bedoeld in art. 6:96 lid 2 onder b en c en onderwerpt ze aan de dubbele redelijkheidstoets: het moet in de gegeven omstandigheden redelijk zijn dergelijke kosten te maken en de kosten moeten binnen een redelijke omvang blijven<sup>1</sup>. De Hoge Raad acht het hof vrij de omvang te schatten op 50% van het door de Staat gehanteerde forfaitaire tarief<sup>2</sup>.

De loonvordering van de werkgever ex Art. Referentie Artikel6:107A BW en 6:96 Lid 2, sub b en c BW

In AMEV/De Staat mochten van de Hoge Raad dus eenvoudige administratiekosten onder de noemer buitengerechtelijke kosten ex art. 6:96 lid 2 onder b en c worden geplaatst. Wanneer een regresnemer zich op dit arrest beroept, moet echter steeds goed voor ogen worden gehouden dat het in AMEV/De Staat ging om een eigen vordering van de Staat uit hoofde van een jegens haar, in de hoedanigheid van eigenaar van de beschadigde auto's, gepleegde onrechtmatige daad. Regresnemers zoals particuliere verzekeraars, ziekenfondsen of bedrijfsverenigingen, die eveneens in eigen huis kosten maken in verband met hun verhaalsadministratie, verkeren vanwege hun afgeleide vorderingsrecht (subrogatie of verhaalsrecht op grond van de wet) in een andere positie. Beroep op het arrest AMEV/De Staat kan derhalve niet baten.

Het regresrecht van de werkgever ex art. 6:107a BW is eveneens een van de gelaedeerde afgeleid vorderingsrecht en ook de werkgever kan zich dus niet zonder meer beroepen op het arrest AMEV/De Staat. Zoals eerder gesteld, schakelen werkgevers desalniettemin vaak direct een advocaat of anderszins een regresbureau in voor het indienen van hun vordering wegens doorbetaald loon. Daarmee worden door de werkgever direct kosten gemaakt, ook ingeval het een eenvoudige kwestie betreft. Gezien de doorgaans betrekkelijk geringe omvang van de claim buitengerechtelijke kosten in een concreet schadegeval, wordt een dispuut omtrent het al dan niet verschuldigd zijn van de vergoeding buitengerechtelijke kosten doorgaans voorgelegd aan de kantonrechter.

In de PIV-Bulletins 1999/4 en 1999/5 zijn in de overzichten ongepubliceerde jurisprudentie onder het kopje 'regres door de werkgever (incl. buitengerechtelijke kosten)' acht, respectievelijk vier uitspraken opgenomen welke naar onze mening de tendens in de rechtspraak weergeven<sup>3</sup>.

Niet in dit overzicht opgenomen, maar wel conform de tendens, is de uitspraak van de Kantonrechter Meppel 25 juni 1998, Praktijkids 1998, 5009.

De in bovenstaand overzicht opgenomen uitspraak van de Kantonrechter Wageningen 18 november 1998 rolnr. 734/98 (zie ook Praktijkids 1999, 5096) is opvallend. De aansprakelijkheidsverzekeraar had aansprakelijkheid direct erkend. De kantonrechter achtte het echter niet in strijd met de redelijkheid indien een claim-gerechtigde zich op voorhand van deskundige bijstand voorziet, daar waar hij zich geconfronteerd weet met een verzekeringsmaatschappij die vele terzake deskundige personeelsleden in dienst heeft.

Ik wil daar graag tegenover stellen dat iedere werkgever, die in staat is een loonadministratie te voeren, ook in staat moet zijn een loonvordering ex art. 6:107a BW in te dienen.

De algehele tendens in de uitspraken van de kantonrechters waaraan ik hierboven refereer is dat, in regreszaken die betrekking hebben op doorbetaald loon, de kosten ter vaststelling van aansprakelijkheid en schade niet voor toewijzing in aanmerking komen, indien de aansprakelijkheidsverzekeraar zonder problemen de aansprakelijkheid heeft erkend en de werkgever heeft uitgenodigd relevant materiaal te overleggen ter vaststelling van de netto claim. De vordering buitengerechtelijke kosten kan in een dergelijk geval de eerste redelijkheidstoets dus niet doorstaan.

Een vergoeding van de buitengerechtelijke kosten komt pas aan de orde, indien een verzekeraar ten onrechte heeft geweigerd een claim te voldoen, waarna vervolgens aanmaning noodzakelijk is geworden. In die gevallen komt ook de tweede redelijkheidstoets in beeld: de kosten moeten binnen een redelijke omvang blijven. Het zal duidelijk zijn dat per claim dient te worden beoordeeld of de verrichte werkzaamheden de gedeclareerde kosten rechtvaardigen. Als richtlijn blijkt uit de hierboven aangehaalde rechtspraak dat de omvang van de claim buitengerechtelijke kosten in ieder geval binnen de 15% van de hoofdsom zal moeten blijven<sup>1</sup>.

De tendens in de uitspraken van de kantonrechters is in lijn met HR 5 december 1997, NJ 1998, 400 (Terminus/ZAO). Dat arrest betrof ook een vordering van een regresnemer, in dat geval een ziekenfonds. Vast was komen te staan dat de WA-verzekeraar twee derde van de door het ziekenfonds ten behoeve van gelaedeerde gemaakte kosten diende te vergoeden. Desondanks had de WA-verzekeraar geweigerd die verplichting na te komen. De Hoge Raad oordeelde dat onder die omstandigheden het ziekenfonds, als iedere crediteur van een geldvordering welke niet wordt voldaan

(ingevolge het bepaalde in art. 6:96 lid 2 aanhef en onder c BW), jegens de WA-verzekeraar het recht had op redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

## Conclusie

De conclusie luidt dat het in PIV-Bulletin 1998/1 bij de bespreking van Kantonrechter Sneek 6 mei 1998 (Dela/Woudsend) ingenomen standpunt nog steeds overeind staat. Indien aansprakelijkheid door de WA-verzekeraar zonder problemen is erkend en de WA-verzekeraar de werkgever heeft uitgenodigd relevant materiaal te overleggen ter vaststelling van de netto claim, kan de vordering buitengerechtelijke kosten de eerste redelijkheidstoets niet doorstaan. Een werkgever doet er daarom goed aan zich allereerst zelf bij de WA-verzekeraar te melden<sup>2</sup>. De WA-verzekeraar zal hem desgewenst uitleg geven omtrent de afhandeling van de claim. n

1 Een discussie over de redelijkheid van de hoogte van de in rekening gebrachte buitengerechtelijke kosten kan zich m.n. doen gevoelen in die kwesties waarin de werknemer langere tijd uitvalt ten gevolge van het ongeval. De belangenbehartiger zal dan meerdere claims (dan wel in één keer een omvangrijke) bij de WA-verzekeraar deponeren. In die gevallen valt niet in te zien, dat de redelijke tijdsbesteding die sec met het vaststellen van de netto vordering gemoeid is, (aanmerkelijk) groter zou moeten zijn dan bij minder omvangrijke vorderingen. Het is dus niet zonder meer zo, dat een belangenbehartiger 'standaard' uit mag gaan van 15% van de hoofdsom (zie ook RvT nr. III-98/30, waar het overigens een klacht van de eigenaar van een auto betreft). Hier speelt de omvang van de totale in redelijkheid verrichte werkzaamheden ter verkrijging van voldoening buiten rechte een rol. Nu de loonvordering in de meeste gevallen maximaal een jaar zal beslaan, blijft discussie in dergelijke kwesties wellicht binnen de perken.

2 Een ander aandachtspunt betreffende de afhandeling van de loonvordering wil ik hier nog even kwijt. De WA-verzekeraar doet er bij de eerste reactie op de aansprakelijkstelling door de werkgever goed aan te informeren of er een ziekengeldverzekering werd afgesloten. Indien dit het geval is, kan de ziekengeldverzekeraar onder bepaalde omstandigheden op grond van art. 284 WvK in de rechten van de werkgever treden. Vooraf informeren voorkomt de mogelijke situatie waarbij zowel een werkgever als een ziekengeldverzekeraar een claim indient. Zie hieromtrent Verbondscirculaire MOT-L-97/10 d.d. 6 februari 1997. Tevens dienen natuurlijk de voorwaarden van de ziekengeldverzekering te worden opgevraagd. Wat hier bovendien speelt, is de problematiek inzake de zogenaamde stop-loss-ziekengeldverzekeringen. Indien sprake is van een dergelijk stop-loss contract

(Let op: stop-loss in een sommenverzekering!) , is de vordering van de ziekengeldverzekeraar niet te herleiden tot een individuele werknemer (civiele plafond). Daardoor is regres door de ziekengeldverzekeraar feitelijk onmogelijk, terwijl noch de gelaedeerde zelf (van wie het loon door de werkgever wordt doorbetaald), noch de werkgever (die een ziekengeldverzekering heeft afgesloten) schade lijdt ten gevolge van het ongeval.

# **Bulletin 1999, 6 Nieuwe regeling asbestschaden Verbond van Verzekeraars (Bewerkt door Mevr. mr. J..M.I. Winter, Winterthur International )**

Inleiding

Bij de circulaire AAA 99/04 heeft de Sector Schadeverzekering van het Verbond van Verzekeraars een nieuwe regeling asbestschaden onder haar leden verspreid. Deze regeling heeft tot doel de regeling van asbestschaden door verzekeraars goed te laten verlopen, zodat de schade van het slachtoffer goed en snel wordt geregeld. Voor een goed begrip van de regeling is het belangrijk iets te weten van de voorgeschiedenis van de oude en de nieuwe regeling.

Historie

In het begin van de jaren negentig werden verzekeraars steeds meer geconfronteerd met claims van asbestslachtoffers op hun voormalig werkgevers. Deze voormalige werkgevers waren toen (onder andere) verzekerd voor werkgeversaansprakelijkheid. De vraag was dan ook of een dergelijke asbestclaim, die over het algemeen voortkwam uit langere of kortere blootstelling van vele jaren eerder, onder de huidige polis van een aangesproken werkgever valt. Kort gezegd: wat was het ontstaansmoment van een asbestschade. Inmiddels hebben immers de meeste werkgevers een loss occurrence-polis, die bepaalt dat uitsluitend schade die is ontstaan tijdens de looptijd van de polis gedekt is. Het is dus niet van belang wanneer de schade is veroorzaakt, maar alleen wanneer de schade ontstaat. Voor de beantwoording van deze vraag zijn verschillende benaderingen mogelijk. Verdedigd kan worden dat de schade, aantasting van het menselijk lichaam, ontstaat op het moment van inademen: dan komt er een lichaamsvreemde stof in het lichaam, waar het lichaam vanaf dat moment op gaat reageren. Men zou ook kunnen verdedigen dat een asbestziekte ontstaat op het moment dat de eerste klachten zich openbaren. Ook kan worden gesteld dat de schade ontstaat op het moment dat de diagnose wordt gesteld en wellicht kan zelfs nog gezegd worden dat schade ontstaat als iemand de eerste kosten als gevolg van de asbestziekte gaat maken. Door het verloop van de ziekte, met over het algemeen een zeer lange latentietijd, liggen de verschillende tijdstippen nogal ver uit elkaar. Er is dan ook een grote kans dat op ieder van deze momenten een andere verzekering geldt. Het gevolg zou kunnen zijn dat een verzekeraar de theorie kiest met betrekking tot het ontstaansmoment die hem op dat moment het beste uitkomt.

Daardoor worden verzekerden, en indirect slachtoffers, van het kastje naar de muur gestuurd. De werkgever weet dat hij dekking heeft voor deze schade, hij weet alleen niet bij welke verzekeraar hij de schade moet aanmelden.

Teneinde deze zeer ongewenste situatie te voorkomen, omdat deze zeker de goede naam van het verzekeringsbedrijf zou aantasten, heeft het Verbond in 1993 de eerste asbestregeling aanbevolen. In deze regeling wordt kort gezegd onderscheid gemaakt tussen het regelen van de schade met het slachtoffer: dit neemt de 'manifestatieverzekeraar' op zich, en de uiteindelijke lastenverdeling tussen verzekeraars: ieder die mogelijk aangesproken kan worden, betaalt mee. De manifestatieverzekeraar is dan de verzekeraar van het moment dat een slachtoffer voor het eerst een arts raadpleegt. Deze beoordeelt de aansprakelijkheid en bij gebleken aansprakelijkheid regelt deze de schade met het slachtoffer. De schade wordt vervolgens verdeeld over alle verzekeraars van het eerste moment van blootstelling van het slachtoffer tot de manifestatie van de ziekte.



In de praktijk hebben verzekeraars zich vooral beziggehouden met het eerste deel van de regeling, namelijk het regelen van de schades met de slachtoffers. Het regres op voorgaande verzekeraars stond op een zeer laag pitje.

Op het moment dat verzekeraars zich met dit regres gingen bezighouden, stuitte zij op een aantal praktische problemen: verschillende interpretaties van de regeling en vooral het niet kunnen vinden van voorgaande polissen.

Dit, gecombineerd met de totstandkoming van het Asbestinstituut en de opkomst van de claims made polissen, maakte dat het Verbond (met als uitvoerende commissie het Beroepsziekteoverleg) wilde proberen tot een meer werkbare regeling te komen. Deze regeling geldt vanaf 1 juli 1999.

De nieuwe regeling

De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de oude regeling zijn:

1. De introductie van het begrip regelend verzekeraar;
2. Afstand van samenloopclausules en geen discussie over het ontstaansmoment;
3. Aanwijzen van de regelend verzekeraar als er verschillende werkgevers worden aangesproken;
4. Verdeling over de bekende polissen na 12 maanden zoeken; en
5. Regeling in geval van co-assurantie

1. en 2.: Regelend verzekeraar en afstand van samenloopclausules en geen discussie over ontstaansmoment

In de oude regeling werd de term manifestatieverzekeraar gebruikt. Dit was de verzekeraar van de aangesproken werkgever op het moment dat het slachtoffer voor het eerst een arts raadpleegde die tot de diagnose 'asbestgerelateerde ziekte' leidde. Nu is de regelend verzekeraar de verzekeraar van het moment van de eerste melding door de aangesproken werkgever bij zijn verzekeraar. Zo is ook een claims-made-verzekeraar onder de regeling gekomen. Als het om een loss occurrence-verzekeraar gaat heeft die de mogelijkheid de claim terug te verwijzen aan een voorgaande verzekeraar, als de datum van de diagnose duidelijk voor de ingangsdatum van de polis ligt. Zo is aansluiting gezocht bij zowel de trigger voor een claims made-polis als voor een loss occurrence-polis. Er is wel een belangrijke toevoeging bij de definitie, namelijk 'mits dekking aanwezig is'. Regelend verzekeraars die een asbestuitsluiting hebben of een te hoog eigen risico, mogen de behandeling

weigeren. In dat geval zal ook de voorgaande verzekeraar de schade in behandeling moeten nemen en wordt deze als regelend verzekeraar aangemerkt. In ieder geval is de intentie van de regeling dat geen discussies worden gevoerd over het ontstaansmoment van een asbestschade en dat ook overige oneigenlijke dekkingswren worden voorkomen. Daarom wordt in ieder geval nadrukkelijk van verzekeraars verwacht dat ze afstand doen van een beroep op harde en/of zachte samenloopclausules.

### 3. Verschillende regelend verzekeraars

De regelend verzekeraar van de aangesproken werkgever wordt geacht de schade te behandelen. Het komt echter regelmatig voor dat een slachtoffer verschillende werkgevers tegelijk aansprakelijk stelt. In dat geval zouden er ook verschillende regelend verzekeraars kunnen zijn. Iedere aangesproken werkgever zal meestal een regelend verzekeraar hebben, die allemaal menen de schade in behandeling te moeten nemen. Om ook dit aspect te regelen is bepaald dat de verzekeraar van de werkgever die door het Asbestinstituut wordt aangewezen de regelend verzekeraar is.

Als een claim buiten het Asbestinstituut wordt ingediend, wat nog steeds mogelijk is, dan bepaalt de regeling dat de verzekeraar van de laatste werkgever waar asbestblootstelling heeft plaats gevonden de regelend verzekeraar is.

Dit moment is gekozen omdat dit objectief is vast te stellen en de minste ruimte geeft voor discussie tussen verzekeraars. Het Asbestinstituut wijst namelijk de werkgever aan waar de meest intensieve blootstelling heeft plaatsgevonden.

### 4. Verdeling over voorgaande polissen

In de oude regeling was het de bedoeling dat de uiteindelijke schade werd omgeslagen over alle polissen vanaf het eerste moment van blootstelling tot het moment van

betaling. Het eerste moment van blootstelling is vaak erg ver terug in het verleden. Deze eerste polissen zijn dan ook vaak niet te achterhalen. De regeling bepaalt dat de schade pondspondsgewijs wordt verdeeld over de bekende polissen. Als een bepaalde periode blanco blijft, kan niet worden vastgesteld hoeveel polissen er in die periode waren. De verdeelsleutel voor de verdeling van de schade hangt immers af van het aantal polissen. In de praktijk betekende dit dat niet veel schades konden worden verhaald. Daarom is nu een limiet aan de zoektijd gesteld. De schade wordt verdeeld over de polissen die in 12 maanden kunnen worden gevonden. De regelend verzekeraar hoeft dan niet meer eindeloos te wachten tot hij de polishistorie compleet heeft. Dit is zeker een verbetering ten opzichte van de voorgaande regeling.

### 5. Regeling voor co-assurantie

Het komt regelmatig voor dat een polis op de beurs is gesloten voor rekening van verschillende verzekeraars.

De vraag die zich bij het regres voordeed was de vraag naar de verantwoordelijkheid van het achterhalen van de co-assuradeuren op een polis: was dit de verantwoordelijkheid van de verhalende verzekeraar, of van de bovenstaande op de polis. Vervolgens is het ook de vraag wie op moet komen als een bepaalde co-assuradeur niet meer bestaat of niet gevonden kan worden. In de regeling is bepaald dat de regelend verzekeraar alleen de bovenstaande hoeft aan te spreken. De Bovenstaande zoekt dan de co-assuradeuren bij elkaar en zorgt dat deze meebetalen. Als een co-assuradeur niet kan worden gevonden wordt zijn aandeel verdeeld over de overige co-assuradeuren op die polis.

Tot slot

Met de nieuwe regeling hopen wij dat regeling is gecreëerd in die beter werkt dan de oude. In ieder geval is het mogelijk problemen en vragen met betrekking tot de toepassing van de regeling aan het Beroepsziekteoverleg voor te leggen. Zo proberen we een zo consistent mogelijke behandeling van asbestschades te bereiken.

## **Bulletin 1999, 6 Uit de Nieuwsgroepen (Bewerkt door Mr. R.J.S. Ansenk, Stichting PIV)**

De PIV-Infosite is volledig vernieuwd! Oude rubrieken zijn vervangen door nieuwe en bijna alle rubrieken zijn ingevuld. Zo kunt u bijvoorbeeld de inhoud van de PAV-CD-rom bezichtigen op de Deelnemerssite in de rubriek 'PAV-bibliotheek'. Daarnaast kunt u namen en adressen van andere deelnemers gemakkelijk opzoeken via de rubriek 'Contact' en discussiëren met deelnemers van andere maatschappijen via de rubriek 'Nieuwsgroepen'. Kortom, er is genoeg te bezichtigen!

Wij hopen dan ook dat u veelvuldig gebruik zult maken van de PIV-Infosite.

Indien u zich nog niet heeft aangemeld als deelnemer van de site, kunt u zich via uw PIV-contactpersoon bij ons opgeven.