

Convenant Buitengerechtelijke Kosten – Letsel



VERBOND VAN VERZEKERAARS

Convenant tussen de afdelingscommissies Algemene Aansprakelijkheid, Motorrijtuigen en Rechtsbijstand van het Verbond van Verzekeraars inzake

Regeling (buitengerechtelijke) kosten - letsel

Overwegende dat:

- De afdelingscommissies Algemene Aansprakelijkheid, Motorrijtuigen en Rechtsbijstand van het Verbond van Verzekeraars een regeling hebben getroffen voor die situaties waarin een aansprakelijkheidsverzekeraar op grond van een aansprakelijkheidsverzekering of een Schadeverzekering Inzittende (SVI) buitengerechtelijke kosten verschuldigd is aan een benadeelde die wordt bijgestaan door een rechtsbijstandverzekeraar;
- In deze regeling een praktische oplossing voor de afwikkeling van vorderingen terzake letsel is neergelegd, die zo veel mogelijk aansluit op de overeenkomst die het Personenschade Instituut van Verzekeraars (PIV) met individuele belangenbehartigers afsluit;
- In het convenant alle relevante afspraken tussen de afdelingscommissies over de afwikkeling van de betreffende vordering zijn neergelegd;
- Partijen met het afsluiten van het convenant beogen om letselzaken op een voor beide doelmatige en acceptabele wijze af te handelen. De regeling beoogt discussies op dossierniveau over de hoogte van de te vergoeden (buitengerechtelijke) kosten in de bedoelde categorie zaken overbodig te maken;
- Met het oog op een efficiënt schaderegelingstraject gekozen is voor een onderscheid tussen 'licht letsel' en 'overig letsel'. Bij de regeling 'licht letsel' geldt als uitgangspunt dat wordt afgewikkeld binnen 6 maanden na aansprakelijkstelling, met minimale uitwisseling van schriftelijke dossierstukken;
- De werking van het convenant zich uitstrekt over alle dossiers waarin tussen de rechtsbijstandverzekeraar en de verzekeraar na 31 december 2012 een minnelijke regeling is bereikt over de vergoeding van de gevorderde schade. De regeling loopt tot en met 31 december 2013 en wordt vervolgens stilzwijgend verlengd voor een periode van telkens één jaar, tenzij partijen in onderling overleg besluiten tot aanpassingen van de regeling;
- De partijen die intekenen op het convenant zich verplichten bij de wederzijdse afwikkeling van letselvorderingen de bepalingen van dit convenant na te leven en in de geest daarvan te handelen. Andere partijen dan deelnemende verzekeraars kunnen aan dit convenant geen rechten ontleen.

De partijen:

afdelingscommissie Rechtsbijstand
afdelingscommissie Motorrijtuigen
afdelingscommissie Algemene Aansprakelijkheid

zijn het volgende overeengekomen omtrent de afwikkeling van letselvorderingen voor (buitengerechtelijke) kosten.

De regeling luidt als volgt:

Artikel 1 - Toepassingsgebied

1.1 Letselschadezaken

Dit convenant is van toepassing, met inachtneming van het overige in dit artikel bepaalde, op alle letselschadezaken (hierna “zaken”) in de zin van artikel 6:107 BW, waarin de rechtsbijstandverzekeraar (hierna: “belangenbehartiger”) en verzekeraar tijdens de looptijd van dit convenant een minnelijke regeling weten te bereiken.

1.2 Aansprakelijkheid

Dit convenant is ook van toepassing indien in een zaak nog geen overeenstemming bestaat over de aansprakelijkheid.

1.3 Dekking

Dit convenant is niet van toepassing indien er geen dekking is op grond van de wet en/of polisvoorwaarden van verzekeraar.

1.4 Wisseling belangenbehartiger

Als een benadeelde van belangenbehartiger wisselt, vergoedt de verzekeraar de door de belangenbehartiger gemaakte kosten tot het moment van overdracht op basis van het in artikel 6:96 BW bepaalde.

1.5 Tweede belangenbehartiger

Dit convenant is niet van toepassing op zaken waarin de belangenbehartiger als tweede of volgende belangenbehartiger van benadeelde optreedt.

Artikel 2 - Kwaliteit van de schaderegeling

Belangenbehartiger en verzekeraar staan in jegens elkaar voor een goede, transparante, adequate en actieve behandeling van een zaak.

Artikel 3 - Kostenregeling

3.1 Geen tussentijdse declaraties

Gedurende de looptijd van het dossier worden door de belangenbehartiger geen tussentijdse declaraties gezonden die betrekking hebben op de hierna in artikel 3.2 genoemde gevallen.

3.2 Secundaire kosten

Indien overeenstemming bestaat over het inschakelen van de deskundige, zullen worden vergoed, met inachtneming van het bepaalde in art. 3.3:

- a. Kosten van een voertuigexpertise, daaronder tevens begrepen kosten ter vaststelling van eventuele waardevermindering, kledingschade e.d.;
- b. De kosten van opgevraagde informatie (daaronder begrepen de kosten van de door de belangenbehartiger ingeschakelde medisch adviseur en de kosten voor het inwinnen van medische informatie uit de behandelende sector);
- c. Kosten van een medische expertise;
- d. Kosten van een door de belangenbehartiger ingeschakelde externe deskundige, zoals een accountant of arbeidsdeskundige;
- e. Kosten van noodzakelijke actuariële schadeberekeningen;
- f. Re-integratiekosten;

- g. Kosten van de eerste dag van een mediation.
- h. De door belangenbehartiger gemaakte kosten, die door de rechter zijn vastgesteld in het kader van een door partijen gevoerde deelgeschilprocedure.

3.3 Overeenstemming over inschakeling

De redelijke kosten vallend onder 3.2 sub c. tot en met g. worden door verzekeraar vergoed, indien en nadat overeenstemming is bereikt over het inschakelen van de desbetreffende deskundigen. Indien hierover geen overeenstemming wordt bereikt, zal bij de eindafwikkeling aan de hand van artikel 6:96 BW worden beoordeeld in hoeverre verzekeraar gehouden is deze kosten te voldoen. Indien verschil van mening bestaat over de hoogte van de redelijke kosten kan dit worden voorgelegd aan de Geschillencommissie als bedoeld in art. 8.

3.4 Overlijdensschade

In geval van overlijdensschade wordt het bedrag van de door verzekeraar verschuldigde buitengerechtelijke kosten conform de tabel gerelateerd aan de hoogte van de door iedere benadeelde persoonlijk geleden schade ex artikel 6:108 lid 1 en 2 BW.

Onder de voorwaarde dat belangenbehartiger aannemelijk maakt dat deze adequaat onderzoek heeft verricht ter bepaling van de eventueel geleden overlijdensschade ex artikel 6:108 lid 1 BW, wordt voor het vaststellen van de buitengerechtelijke kosten per overledene een minimum schadebedrag aangehouden van € 7.500 ongeacht of er daadwerkelijk schade wordt geleden.

Artikel 4 - Vergoeding BGK bij eindafwikkeling: Tabel of artikel 6:96 BW

4.1 Tabel-zaken

In zaken met een persoonlijke schade van maximaal € 250.000,-- zal de hoogte van de BGK bepaald worden aan de hand van de als bijlage 1 bij dit convenant gevoegde tabel. In zaken die voldoen aan het criterium 'licht letsel' zal de hoogte van de BGK eveneens bepaald worden aan de hand van deze tabel, mits zij worden afgewikkeld conform de behandelwijze zoals opgenomen in bijlage 2 bij dit convenant.

4.2 Uitzonderingen

Als de persoonlijke schade minder is dan € 250.000,- zullen partijen op de voet van 6:96 BW afwikkelen in de volgende situaties:

- a. Indien het gaat om een medische aansprakelijkheidszaak, beroepsziektezaak of productaansprakelijkheid;
- b. De zaak wordt overgedragen aan, of overgenomen door, een andere belangenbehartiger;
- c. Ingeval een gerechtelijke procedure, bindend advies of arbitrage wordt gestart en/of bij eenzijdige afwikkeling van de zaak.

4.3 Artikel 6:96 BW-zaken

Zaken met een persoonlijke schade van meer dan € 250.000,- en de zaken die vallen onder artikel 4.2 zullen partijen afwikkelen op basis van artikel 6:96 BW.

Artikel 5 - Afwikkeling in tabelzaken

5.1 Compensatie

Aangezien rechtsbijstandverzekeraars een andere kostenstructuur hebben dan de (overige) deelnemers aan de PIV-overeenkomst, zullen verzekeraars het op grond van dit convenant te vergoeden tabelbedrag exclusief BTW verhogen met 5% compensatie.

5.2 Extra vergoeding Gedragscode Behandeling Letselzaken

In zaken waarin de Gedragscode Behandeling Letselzaken van toepassing is en waarin verzekeraar en belangenbehartiger daadwerkelijk tot een gezamenlijk behandelplan, zoals bedoeld in de Code, zijn gekomen betaalt de verzekeraar boven op het tabelbedrag een aanvullende vergoeding van € 500. (exclusief de in artikel 5.1 genoemde 5% compensatie). Dit bedrag wordt betaald zodra tussen partijen overeenstemming bestaat over het feit dat de Code van toepassing is en door partijen gezamenlijk een behandelplan is opgesteld.

5.3 Secundaire kosten en kosten medisch adviseur

Verzekeraar voldoet bij eindafwikkeling binnen 4 weken de redelijke kosten van de door de belangenbehartiger ingeschakelde medisch adviseur. De hoogte van deze redelijke vergoeding is in bijlage 3 nader uitgewerkt.

Onder deze kosten zijn begrepen de kosten voor het opvragen van medische informatie.

Daarnaast betaalt verzekeraar de kosten als bedoeld onder 3.2, die nog niet eerder zijn vergoed, tenzij verzekeraar meent dat zij op de voet van 6:96 BW nog immer niet gehouden is deze kosten te voldoen (zie artikel 3.3).

5.4 Eigen schuld

Voor de te vergoeden BGK in tabelzaken geldt – met inachtneming van een eventueel schulddelingspercentage – de uiteindelijk te betalen persoonlijke schade als uitgangspunt voor de bepaling van de verschuldigde BGK.

Op de in artikel 3.2 en/of 5.2 en/of 5.3 gedeclareerde kosten zal – in afwijking hiervan – geen schulddelingspercentage in mindering gebracht worden op het te vergoeden bedrag, tenzij zich specifieke omstandigheden voordoen waardoor volledige vergoeding niet gerechtvaardigd is.

5.5 Indexering

De in de als bijlage 1 opgenomen tabel vermelde bedragen worden jaarlijks per 1 januari geïndexeerd op grond van de loonindex (CAO-lonen particuliere bedrijven/ financiële en zakelijke dienstverlening, bron: CBS) alsmede de consumentenprijsindex (bron: CBS).

5.6 Afronding

Voor het aflezen van de tabel worden de schadebedragen naar boven afgerond op hele honderdtallen.

Artikel 6 - Afwikkeling in artikel 6:96 BW-zaken

6.1 BGK-vergoeding

Steeds wanneer op basis van artikel 6:96 BW afgewikkeld moet worden zullen partijen bij eindafwikkeling proberen ook terzake de totale vergoeding van de BGK tot overeenstemming te komen.

6.2 Eigen schuld

Op de in artikel 3.2 en/of 5.2 gedeclareerde kosten zal geen schulddelingspercentage in mindering gebracht worden op het te vergoeden bedrag, tenzij zich specifieke omstandigheden voordoen waardoor volledige vergoeding niet gerechtvaardigd is.

Artikel 7 – Bespreekregeling

Belangenbehartiger en verzekeraar stellen beiden binnen hun organisatie een persoon aan die, bij gerezen verschil van inzicht over de uitleg van dit convenant en/of de kwaliteit van de schaderegeling, de zaak beoordeelt teneinde het geschil in goed overleg op te lossen.

Artikel 8 - Geschillencommissie Schadeverzekeraars

Geschillen tussen een belangenbehartiger en een verzekeraar over de uitleg, de toepasselijkheid en/of de uitvoering van dit convenant en de daarbij behorende bijlagen worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Schadeverzekeraars (GCS), die daarop een beslissing geeft. Tegen een beslissing van de GCS staat geen beroep open. De GCS behandelt de aan haar voorgelegde verzoeken en geschillen volgens het Reglement van de Geschillencommissie Schadeverzekeraars zoals dat is vastgesteld door het sectorbestuur Schade van het Verbond van Verzekeraars.

Artikel 9 - Inwerkingtreding

Dit convenant treedt in werking op 1 januari 2013 en is mede van toepassing op alle letselzaken waarin tussen de rechtsbijstandverzekeraar en de verzekeraar na 31 december 2012 een minnelijke regeling is bereikt over de vergoeding van de gevorderde schade.

De regeling loopt tot en met 31 december 2013 en wordt vervolgens stilzwijgend verlengd voor een periode van telkens één jaar, tenzij partijen in onderling overleg besluiten tot aanpassingen van de regeling. Deelname aan de regeling door partijen geschiedt telkens voor een periode van één jaar, met stilzwijgende verlenging, tenzij een deelnemende partij met in achtneming van een opzegtermijn van drie maanden schriftelijk bij het Verbond van Verzekeraars haar deelname opzegt.

Artikel 10 - Melding convenant aan slachtoffer

De belangenbehartiger zal aan het slachtoffer kenbaar maken, dat de buitengerechtelijke kosten worden afgewikkeld op basis van dit convenant, waarbij geldt dat het convenant geen rechten schept voor derden.

Artikel 11 - Uitvoering en evaluatie

Partijen zullen jaarlijks de werking en de resultaten van dit convenant evalueren en, indien nodig eventuele wijzigingsvoorstellen kunnen doen.

Art 12 - Toelichting

De artikelsgewijze toelichting maakt deel uit van dit convenant.

Artikel 13 - Schriftelijke aanmelding

Deelname aan de regeling geschiedt op basis van vrijwilligheid. Leden c.q. buitengewone leden van het Verbond van Verzekeraars dienen zich schriftelijk aan te melden voor deelname aan de regeling. Het secretariaat van het Verbond van Verzekeraars (Postbus 93450, 2509 AL Den Haag) draagt zorg voor de registratie van de aanmeldingen.

Artikel 14 - Citeertitel

De citeertitel voor onderhavig convenant is: 'Convenant inzake regeling buitengerechtelijke kosten letsel 2013'.

Bijlage 1: PIV-staffels (zie apart pdf-document)

Bijlage 2 – regeling licht letsel

Artikel 1 - Overwegingen en doelstelling

Deze regeling beschrijft een gestandaardiseerde procesgang voor afwikkeling van licht letselzaken. De regeling heeft tot doel alle licht letselzaken die onder het convenant vallen snel en efficiënt af te wikkelen met een hoge slachtoffertevredenheid over de afwikkeling (het slachtoffer staat centraal), minimale verspillingen in het proces en commitment van alle betrokken partijen.

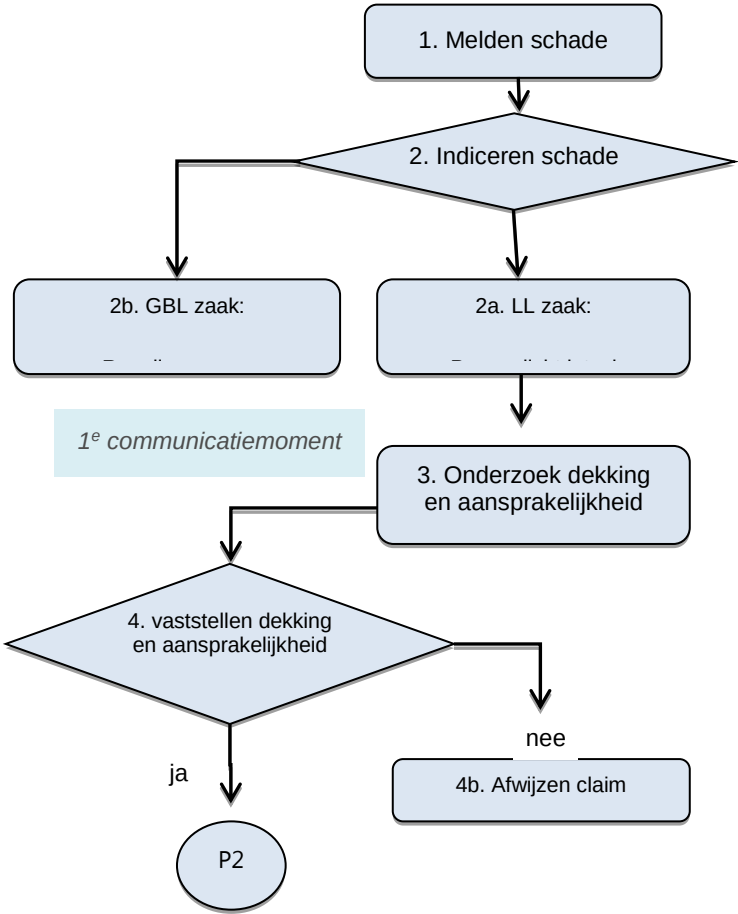
De procesgang licht letsel heeft betrekking op de taken en verantwoordelijkheden van zowel de rechtsbijstand- als de aansprakelijkheidsverzekeraar.

Artikel 2 - Behandelprocedure en afspraken

- a. De behandelprocedure is in onderstaand processchema uitgewerkt;
- b. De aansprakelijkheidsverzekeraar zal bij de schaderegeling geen (finale) kwijting verlangen;
- c. Indien bij de regeling met een schulddeling rekening is gehouden, bindt deze de partijen niet in geval van latere reguliere voortzetting (bijvoorbeeld na heropening) van het dossier. De betaalde vergoeding is onaantastbaar;
- d. De aansprakelijkheidsverzekeraar heeft het recht om eenmaal per jaar een audit uit te voeren op bij de belangenbehartiger beschikbare stukken die zijn gebruikt om de hoogte van de schadevergoeding te bepalen. Deze audit behelst een a-selecte steekproef die gemaximeerd is op 1% van de schade met een minimum van 1 en een maximum van 10 dossiers;
- e. In aanvulling op het bepaalde in artikel 4.1 van het convenant geldt dat, indien eerst na 3 maanden overeenstemming is bereikt over de (mate van) aansprakelijkheid, het BGK-bedrag van de tabel wordt verhoogd met een opslag van € 500,- indien de overeengekomen (mate van) aansprakelijkheid hoger is dan het aanvankelijke bod van de verzekeraar.

Artikel 3 - Regeling van geschillen

Contactpersonen lossen in onderling contact voorkomende (aanloop)problemen bij de uitvoering van deze regeling licht letsel op. Geschiloplossing bilateraal kan niet voorzien in wijziging van procedure.

Toelichting Procesgang	Procesgang <i>Aansprakelijkheidsverzekeraar</i> <i>Rechtsbijstandsverzekeraar</i>	Achtergrondinformatie
RBV: Rechtsbijstandsverzekeraar WAV: Aansprakelijkheidsverzekeraar 1. Melden schade Benadeelde meldt de schade bij de RBV. (evt. meldt verzekerde de schade eerder bij de WAV, de procesgang gaat er vanuit dat het initiatief bij de RBV ligt). 2. Indiceren schade De RBV indiceert de schade o.b.v. de volgende criteria: • Schade <€5.000 (exclusief voertuigschade); • arbeidsongeschiktheid korter dan 4 weken; • verwacht herstel binnen 6 maanden. Voldoet de zaak aan bovenstaande criteria? a. Ja → LL zaak; toepassen procesgang licht letsel b. Nee → GBL zaak; regulier proces doorlopen In alle contactmomenten met de benadeelde dienen deze criteria periodiek te worden getoetst. Bij een arbeidsongeschiktheid langer dan 4 weken wordt de schade direct overgeheveld naar het reguliere proces. 3. Onderzoek dekking en aansprakelijkheid De RBV neemt binnen 5 werkdagen na schademelding telefonisch of per mail contact op met de WAV om na te gaan: • of er dekking is onder de polis; • of er een melding is en de schuldvraag duidelijk is; • of er sprake is van gehele of gedeeltelijke aansprakelijkheid. 4. Vaststellen dekking en aansprakelijkheid De WAV stelt de dekking en aansprakelijkheid vast en communiceert dit per e-mail met de RBV. Is er sprake van dekking/aansprakelijkheid? a. Ja → communiceren met RBV, naar stap 5. b. Nee → afwijzen claim, RBV informeert benadeelde c. Gedeeltelijk → telefonisch overleg over vervolg	 <pre> graph TD 1[1. Melden schade] --> 2{2. Indiceren schade} 2 --> 2b[2b. GBL zaak:] 2 --> 2a[2a. LL zaak:] 2a --> 3[3. Onderzoek dekking en aansprakelijkheid] 3 --> 4{4. vaststellen dekking en aansprakelijkheid} 4 -- ja --> P2((P2)) 4 -- nee --> 4b[4b. Afwijzen claim] </pre>	Reikwijdte De procesgang is van toepassing op WAM, AVP en AVB zaken exclusief medische aansprakelijkheid, beroepsziekten en productaansprakelijkheidszaken. Instroom criteria In principe komen alle zaken in aanmerking voor afwikkeling binnen de procesgang licht letsel <i>tenzij</i> de criteria voor het indiceren van de schade <i>niet</i> van toepassing zijn. Herkenbaarheid dossier Door het dossier (fysiek en/of digitaal) te markeren met de code GBL ('gedragscodezaken') of LL ('licht letselzaken') wordt voorkomen dat deze in het verkeerde proces terecht komt. Hierdoor is het voor iedereen helder welke stappen ondernomen worden, inclusief geldende (werk)afspraken en voorwaarden. Aansprakelijkheid De aansprakelijkheid wordt <i>expliciet</i> erkend en vastgelegd in het dossier bij de RBV en de WAV (KKV norm). Het vaststellen van de aansprakelijkheid is niet altijd direct mogelijk. Indien deze niet vaststaat, vindt telefonisch overleg plaats over de verdere aanpak. In principe blijft de zaak in het proces, totdat de criteria benoemd bij processtap 2 niet meer passend zijn.

5. Telefonische intake

RBV neemt binnen 5 werkdagen na schademelding telefonisch contact op met benadeelde voor een intake. Deze omvat:

- Informeren over het behandelproces
- Afstemmen te ondernemen stappen, verwachtingen
- Afspraken over momenten van communicatie en wijze van communiceren (email, telefoon?)
- Beoordelen betalingsvoorschot
- Versturen van de brochure conform de communicatierichtlijn van het Verbond

6. Voorschot betaling

Indien van toepassing betaalt de WAV een voorschot rechtstreeks aan benadeelde

7. Viermaands-evaluatie

Wanneer de persoonlijke schade niet binnen 4 maanden na schademelding is geregeld, evalueert de RBV bij het verstrijken van die termijn:

- of de afwikkeling binnen 6 mnd. kan geschieden
- welke acties hiervoor worden ondernomen

Is de schade binnen 6 maanden af te wikkelen?

- Ja → de schade wordt binnen dit proces afgewikkeld → naar stap 7.
- Nee → de WAV wordt per e-mail ingelicht en de schade wordt overgeheveld naar de reguliere behandeling bij de WAV. De RBV informeert benadeelde over de overdracht.

8. Slotbetaling

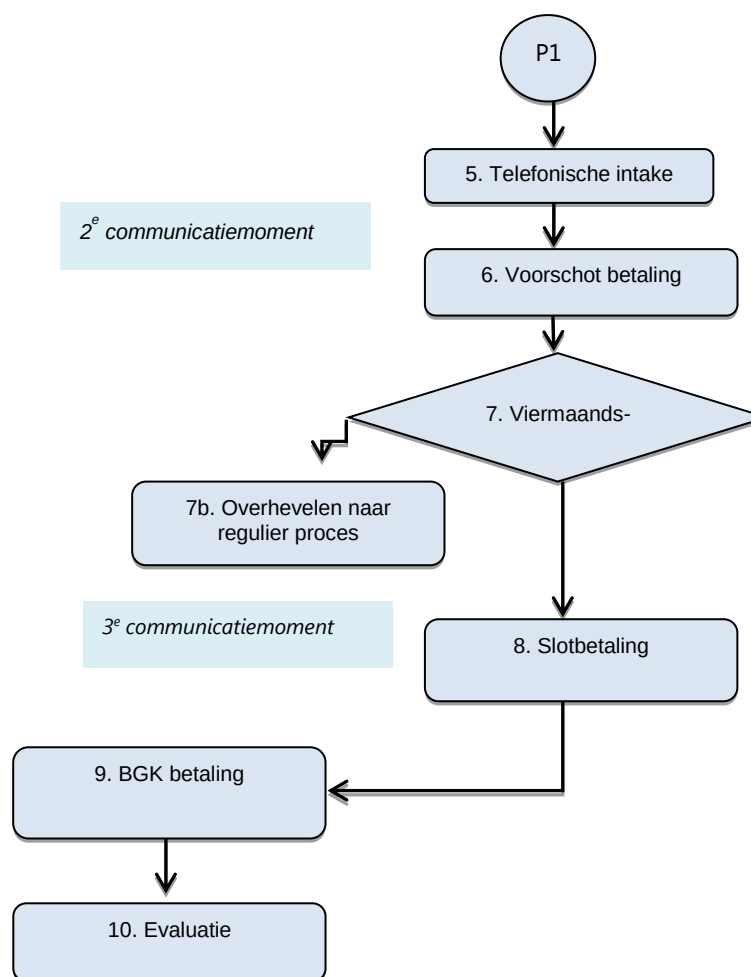
De RBV stelt het schadebedrag vast. Er is desgewenst telefonisch overleg met de WAV over de hoogte van de slotbetaling. De WAV betaalt rechtstreeks aan benadeelde.

9. BGK betaling

De WAV betaalt de BGK aan de RBV conform PIV staffel.

10. Evaluatie

→ zie rechter kolom en het document 'Evaluatiesysteem LL'.



Communicatie

Stem bij het eerste contact met benadeelde af hoe hij/zij contact wenst te onderhouden, via email of telefoon. Registreer in ieder geval het emailadres.

Medische informatie

De procesgang impliceert wederzijds vertrouwen. Indien de RBV besluit medische en of andere informatie op te vragen, is het niet nodig noch wenselijk deze aan de WAV door te sturen. Uitgangspunt is en blijft dat er geen medische informatie wordt opgevraagd in licht letsel zaken.

Viermaands-evaluatie

Het heeft de voorkeur zoveel mogelijk zaken binnen het proces van LL te behouden. In het geval van voortdurende arbeids-ongeschiktheid (>4 weken) dient de zaak tussentijds overgeheveld worden naar onderling overleg.

Slotbetaling

Afhankelijk van de voorschotregeling vindt er een slotbetaling plaats. De RBV overlegt telefonisch met de WAV over de slotbetaling en de wijze van betaling. De RBV kan de benadeelde dan melden dat de schade snel wordt afgewikkeld.

Evaluatie procesgang

De werkgroep licht letsel ziet toe op de naleving van de procesgang. Zij evalueert eens per halfjaar op basis van:

- de uitkomsten van de audits;
- data over aantallen, doorlooptijden en schadelast;
- ervaringen, observaties en gevoelens bij het procesverloop.

Gezamenlijk worden op basis van de resultaten afspraken gemaakt over de noodzakelijke verbeteringen.

Zie het document 'Evaluatiesysteem LL'

Bijlage 3 – Medische kosten

Voor de bepaling van de in artikel 5.3 van het convenant genoemde kosten medisch adviseur geldt de volgende regeling.

Artikel 1 – Declaratie op dossierniveau

Indien de medische kosten op dossierniveau aan de belangenbehartiger worden gedeclareerd, vergoedt de verzekeraar deze kosten op basis van de ingediende declaratie(s).

Artikel 2 – Niet dossiergebonden medische kosten

Indien de medische kosten niet op dossierniveau worden gedeclareerd bij de belangenbehartiger, vergoedt de verzekeraar de door de belangenbehartiger in rekening gebrachte medische kosten per tijdeenheid van 10 minuten, waarbij het uurtarief gedurende het jaar 2013 wordt gesteld op € 157,--. Per 1 januari van elk jaar wordt dit bedrag geïndexeerd op grond van de loonindex (CAO-lonen inclusief bijzondere beloning particuliere bedrijven/ financiële en zakelijke dienstverlening, bron: CBS, peilmoment september).