

(11 december 2002)

Bedrijfsregeling no. 15

Afdeling Motorrijtuigen van het Verbond van Verzekeraars

Gedragsregels bij de behandeling van personenschade in het verkeer

De Algemene Ledenvergadering van het Verbond van Verzekeraars,

overwegende

- dat motorrijtuigverzekeraars functioneren in een voortdurend veranderende maatschappij, waardoor de dienstverlening door motorrijtuigverzekeraars zich aan deze veranderende eisen en omstandigheden van de maatschappij dient aan te passen;
- dat dit des te meer geldt inzake de opvattingen van de samenleving over de positie van het verkeersslachtoffer waar momenteel veel (media)aandacht voor bestaat;
- dat daarom ten behoeve van het slachtoffer in het verkeer de volgende gedragsregels en aanbevelingen zijn geformuleerd, die aan de moderne eisen voldoen;
- dat het belang van een goede, maatschappelijk verantwoorde, en transparante wijze van verkeersschaderegeling voorop staat en de bedrijfsregeling dit nog beter mogelijk moet maken;

heeft de volgende bedrijfsregeling op 11 december 2002 vastgesteld.

Artikel 1 - Toepassingsbereik

De hierna volgende regels gelden bij de regeling van personenschaden, rechtstreeks geleden door natuurlijke personen, die in Nederland wonen en wier aanspraken naar Nederlands recht moeten worden geregeld. Afwijking van de regels van deze bedrijfsregeling geschiedt slechts bij hoge uitzondering indien daar goede gronden voor bestaan zoals bijvoorbeeld vermoeden van fraude, waarbij de verzekeraar zal handelen conform de gedragscode 'persoonlijk onderzoek'.

Artikel 2 - Wijze van informatievoorziening

De verzekeraar verstrekt duidelijke informatie aan de benadeelde en stelt zich actief op met betrekking tot de voortgang van de schadeafwikkeling. Hij bericht de benadeelde regelmatig over zowel het proces als de te volgen aanpak en routing alsmede de inhoudelijke stand van zaken en ontwikkelingen. Daarbij geeft hij steeds aan op welke termijn hij op de zaak terug zal komen. De verzekeraar deelt mee, welke gegevens hij nodig heeft en waarom, terwijl hij voorts aangeeft wat hij heeft gedaan om deze gegevens in zijn bezit te krijgen.

Artikel 3 - Medewerking benadeelde

1. Uitgangspunt

Uitgangspunt voor de toepassing van deze gedragsregels is dat de benadeelde medewerking verleent aan de schadeafwikkeling van de verzekeraar. Dit geldt zowel op het gebied van tijdige verstrekking van (gevraagde) informatie als bij de vaststelling van de (personen)schade.

2. Rechtstreeks contact met benadeelde

Indien een belangenbehartiger niet binnen twee maanden reageert of binnen deze periode verzuimt te berichten over informatie die voor het vaststellen van de (personen)schade van belang is, staat de mogelijkheid voor de verzekeraar open om

rechtstreeks contact met de benadeelde op te nemen. De verzekeraar stelt na het verstrijken van deze termijn de belangenbehartiger hiervan in kennis en geeft hem daarna nog een maand de gelegenheid om alsnog te reageren, alvorens rechtstreeks contact op te nemen met de benadeelde.

Artikel 4 - Direct na de aansprakelijkstelling

1. Contact met benadeelde

Binnen twee weken na ontvangst van de aansprakelijkstelling of schademelding, waaruit mogelijk aansprakelijkheid blijkt, neemt de verzekeraar (telefonisch) contact op met de benadeelde. Op deze wijze kan de verzekeraar zich een beeld vormen van het letsel van de benadeelde en eventueel ontbrekende informatie meteen opvragen.

2. Standpunt verzekeraar

Zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen drie maanden nadat de verzekeraar kennis heeft gekregen van de aansprakelijkstelling, deelt hij het standpunt over de aansprakelijkheid mee aan de benadeelde of zijn belangenbehartiger. Deze mededeling kan zijn:

- een erkenning van de aansprakelijkheid;
- een gedeeltelijke erkenning van de aansprakelijkheid met een gemotiveerd beroep op eigen schuld;
- een gemotiveerde afwijzing van de aansprakelijkheid; of
- een mededeling dat de verzekeraar nog geen standpunt kan innemen onder vermelding van de reden hiervoor.

Artikel 5 - Vaststelling aansprakelijkheid en eigen schuld

1. Actieve schadebehandeling

De verzekeraar onderneemt alle nodige actie om zo spoedig mogelijk tot een oordeel omtrent de aansprakelijkheid te komen. Zodra hij voldoende gegevens heeft, dient hij de beslissing omtrent de aansprakelijkheid te nemen, zo mogelijk op basis van de schadeaanvraagformulieren van de betrokken partijen. Alleen als de aansprakelijkheid met die gegevens niet kan worden bepaald, vraagt hij zo spoedig mogelijk aanvullende gegevens op zoals het politierapport, getuigenverklaringen, proces-verbaal, etc. De verzekeraar schort zijn standpunt niet op in afwachting van een eventuele strafzaak, tenzij hij aantoont dat hij daarbij een redelijk belang heeft.

2. Geen vertraging door discussie eigen schuld

De (eind)regeling van de personenschade mag geen vertraging oplopen door een discussie over de mate van eigen schuld van de benadeelde. Indien onverhoopt geen overeenstemming over de mate van eigen schuld kan worden bereikt, staat het partijen vrij in onderling overleg afwijkende afspraken te maken.

Artikel 6 - Vaststelling schade

1. Bevoorschotting

De verzekeraar verzamelt actief financiële, medische, arbeidsdeskundige en eventuele andere gegevens die voor de schadeafwikkeling van belang zijn. De verzekeraar zorgt ervoor dat de reeds verschenen en door de verzekeraar erkende schade en/of de met de benadeelde overeengekomen schade binnen twee weken wordt vergoed aan de benadeelde. Indien er nog discussie bestaat omtrent de hoogte van de verschenen schade, dan dient een voorschot ter beschikking te worden gesteld in afwachting van de precieze vaststelling. Indien de verzekeraar en de benadeelde het niet eens worden over de hoogte van de slotbetaling, dient de verzekeraar in elk geval de schade, die is erkend en waarover geen discussie bestaat te betalen ten behoeve van de benadeelde.

2. Bij erkenning van de schadevergoedingsverplichting

De in deze subparagraaf opgenomen gedragsregels gelden slechts indien de verzekeraar erkend heeft tot betalen gehouden te zijn.

Zodra de verzekeraar kennis heeft gekregen van de schademelding, zal hij zich binnen twee weken na deze melding (telefonisch) in verbinding stellen met de benadeelde teneinde zich op de hoogte te stellen van de aard en ernst van het opgelopen letsel. Voorzover uit de verkregen informatie blijkt dat het herstel zeer waarschijnlijk niet langer duurt dan drie maanden, zal de verzekeraar actief financiële en zo nodig medische gegevens verzamelen voor de afwikkeling van de reeds geleden en nog te lijden schade met inachtneming van onder andere de aanbevelingen van het Nationaal Platform Personenschade (NPP) ter zake de kilometervergoeding en ziekenhuisdag-geldvergoeding en andere NPP-richtlijnen.

Bij herstel binnen drie maanden na het ongeval wikkelt de verzekeraar de nog voor vergoeding in aanmerking komende schade af en wel binnen twee weken nadat de verzekeraar ervan in kennis is gesteld dat het herstel is ingetreden. De benadeelde wordt schriftelijk geïnformeerd over de afwikkeling van de schade zonder dat hij is gehouden tot het verlenen van finale kwijting.

Indien binnen drie maanden na het ongeval nog geen sprake is van volledig herstel, zal de verzekeraar:

- tot het bereiken van een medische eindtoestand actief financiële, medische, arbeidsdeskundige en eventueel andere gegevens verzamelen, die voor de afwikkeling van de tussentijds geleden en toekomstige schade van belang zijn. In ieder geval zal de verzekeraar eens per kwartaal de tussentijds geleden schade vergoeden, dan wel zich van de situatie van de benadeelde op de hoogte stellen;
- bij het alsnog bereiken van een medische eindtoestand, wanneer de verzekeraar voldoende financiële en andere voor de schadevaststelling noodzakelijke gegevens bekend zijn, binnen zes weken een voorstel tot definitieve schadeafwikkeling uitbrengen;
- bij het bereiken van een medische eindtoestand, wanneer de gegevens voor de schadevaststelling niet toereikend zijn, binnen zes weken schriftelijk kenbaar maken welke gegevens nog ontbreken voor een definitieve schadeafwikkeling.

Artikel 7 - Reïntegratie

1. Geen volledig herstel binnen drie maanden

Indien binnen drie maanden na het ongeval geen sprake is van volledig herstel en de benadeelde niet of niet volledig aan het arbeidsproces kan deelnemen zal de verzekeraar:

- toetsen of inschakeling van een deskundige, ter bevordering van (hernieuwde) deelname aan het arbeidsproces door de benadeelde, voor beide partijen in dat stadium van de zaak, wenselijk lijkt;
- bij een positieve uitkomst van deze toetsing een voorstel aan de benadeelde doen waaruit blijkt welke deskundige wordt voorgesteld. Tevens zal een conceptbrief met een duidelijke opdrachtverstrekking ter goedkeuring aan de benadeelde worden overgelegd.

2. Blijvend letsel

Indien sprake is van blijvend letsel, waarbij de benadeelde zonder begeleiding niet meer zelfstandig lijkt te kunnen functioneren zal de verzekeraar zodra deze bekend is met de hiervoor genoemde situatie:

- toetsen of inschakeling van een deskundige wenselijk lijkt;
- bij een positieve uitkomst van deze toetsing een voorstel aan de benadeelde doen waaruit blijkt welke deskundige wordt voorgesteld. Tevens zal een concept brief met een duidelijke opdrachtverstrekking ter goedkeuring aan de benadeelde worden overlegd.

Artikel 8 - Medische aspecten

1. Medisch adviseur

In een letselschadezaak dient een gekwalificeerd medisch adviseur verantwoordelijk te zijn voor het medisch traject. De verzekeraar die verantwoordelijk is voor het afwickelen van personenschade dient derhalve te beschikken over een medisch adviseur.

2. Geen medisch traject

Er hoeft geen medisch traject te zijn, indien het herstel zeer waarschijnlijk niet langer duurt dan drie maanden.

3. Inzagerecht

Medische bescheiden en medische dossiers zijn, met inachtneming van de daartoe strekkende machtigingsprocedure, uitsluitend in te zien door de medisch adviseur van de verzekeraar. Wel kan de medisch adviseur van de verzekeraar binnen zijn verantwoordelijkheid en binnen de daarvoor geldende regels nadere informatie verstrekken over relevante zaken uit de hierboven bedoelde medische bescheiden en medische dossiers.

4. Noodzaak tot overleg

Direct overleg tussen de medisch adviseur van de verzekeraar en de medisch adviseur van de belangenbehartiger van de benadeelde is geboden om de voortgang in het medisch traject te bevorderen. In ieder geval is overleg geboden, voordat een expertise-onderzoek door een neutrale geneeskundige wordt aangevraagd.

Artikel 9 - Begeleiding van de benadeelde door een belangenbehartiger

Indien het letsel vermoedelijk binnen drie maanden restloos geneest, kan de verzekeraar zelf contact onderhouden met de benadeelde, mits de verzekeraar handelt zoals in deze bedrijfsregeling is omschreven. Indien het herstel van het letsel vermoedelijk langer gaat duren dan drie maanden of de complexiteit van de schade dit vereist, wijst de verzekeraar de benadeelde op de mogelijkheid van een belangenbehartiger.

Artikel 10 - Meervoudige veroorzaking

1. Niet verwijzen

Indien een schuldloze benadeelde door twee of meer verkeersongevallen letsel heeft opgelopen en op voorhand niet direct is vast te stellen welk letsel is toe te rekenen aan de te onderscheiden ongevallen, is het de betrokken W.A.verzekeraars niet toegestaan voor de regeling van (een deel) van de schade naar elkaar te verwijzen.

2. Actieve schaderegeling

Zodra één van de betrokken verzekeraars kennis krijgt van voornoemde meervoudige veroorzaking, ontstaat de verplichting voor deze om in overleg met de andere verzekeraar(s) te treden teneinde overeenstemming te verkrijgen over het feit wie als regelend verzekeraar zal optreden. Als dit overleg niet binnen een maand na het eerste contact tussen de betrokken verzekeraars heeft geleid tot overeenstemming, zal de verzekeraar van de veroorzaker van het eerste ongeval optreden als regelend verzekeraar.

3. Overeenkomstige toepassing

Alhoewel rechtstreekse toepassing van bedrijfsregeling no. 7 (schuldloze derde regeling) niet aan de orde is, is artikel 3.2 uit die regeling dienovereenkomstig van toepassing (zie RvT 2000/122 Mo).

Artikel 11 - Geschillencommissie Schadeverzekeraars

Geschillen tussen twee of meer verzekeraars over de uitleg, de toepasselijkheid en/of de uitvoering van deze bedrijfsregeling worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Schadeverzekeraars, 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 Schadeverzekering van het Verbond van Verzekeraars.

Artikel 12 - Titel en ingangsdatum

De onderhavige regeling wordt aangehaald als 'Bedrijfsregeling no. 15 (Gedragsregels bij de behandeling van personenschade in het verkeer)'. De regeling is in werking getreden per 15

juni 1990 en laatstelijk gewijzigd per 11 december 2002. De gewijzigde regeling is van toepassing op schadegevallen ontstaan na 11 december 2002.

Toelichting op Bedrijfsregeling no. 15 (Gedragsregels bij de behandeling van personen-schade in het verkeer)

Artikel 1 - Toepassingsbereik

Met artikel 1 wordt aangegeven dat deze regels alleen gelden, indien sprake is van personen-schade. Om duidelijk te maken dat zij niet gelden ten aanzien van regresnemers (particuliere en sociale verzekeraars, werkgevers, overheid op grond van cessieconstructies) is daaraan toegevoegd dat het moet gaan om schaden die rechtstreeks worden geleden door natuurlijke personen. Daaronder vallen ook de door art. 6:108 BW aangewezen nabestaanden van een overleden slachtoffer. Voorts moet het gaan om schaden die in de Nederlandse rechtssfeer liggen. Het toepassen van deze regels in gevallen waarin de benadeelde in het buitenland woont, zal veelal op onoverkomelijke bezwaren stuiten. Het criterium 'Nederlands recht beheerst de schaderegeling' schermt dit voldoende af.

Artikel 2 - Wijze van informatievoorziening

In artikel 2 is de verplichting voor de verzekeraar neergelegd om de benadeelde regelmatig, dan wel als de noodzaak daartoe ontstaat, in te lichten omtrent de stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. Deze berichten dienen duidelijk en adequaat te zijn. Het gebruik van niet (voldoende) op de zaak toegeschreven standaardformuleringen en van zogenaamde punten-brieven dient te worden vermeden. Voor alle schriftelijke communicatie met de benadeelde geldt, dat deze helder en duidelijk moet zijn voor de benadeelde, waarbij jargon zoveel mogelijk vermeden dient te worden.

Artikel 3 - Medewerking benadeelde

1. Uitgangspunt

Om een actieve rol van de verzekeraar waar te kunnen maken, is medewerking van het slachtoffer zeer belangrijk. Immers de verzekeraar dient in een zo vroeg mogelijk stadium over alle relevante informatie te beschikken teneinde zo snel mogelijk duidelijkheid te kunnen geven over de schadebehandeling in meest brede zin. Als hieraan niet wordt voldaan, is deze bedrijfsregeling dan ook niet van toepassing.

2. Rechtstreeks contact met benadeelde

Indien een belangenbehartiger verzuimt de verzekeraar binnen drie maanden te voorzien van al dan niet gevraagde relevante informatie staat het de verzekeraar vrij om, teneinde inzicht in de schade te verkrijgen, het slachtoffer rechtstreeks te benaderen.

Artikel 4 - Direct na de aansprakelijkstelling

De verzekeraar wordt geacht zelf het initiatief te nemen teneinde zo spoedig mogelijk in contact te treden met de benadeelde. Er kan dan informatie worden vergaard omtrent de gezondheid van de benadeelde, het verwachte herstel en de reeds gemaakte kosten. Mocht er nog informatie ontbreken die relevant is voor beantwoording van de schuldvraag, dan kan die meteen opgevraagd worden (te denken valt aan het schadeaanvraagformulier, beantwoording van aanvullende vragen omtrent de toedracht, gegevens van getuigen, enzovoort).

Artikel 5 - Vaststelling aansprakelijkheid en eigen schuld

1. Actieve schadebehandeling

De verzekeraar wordt geacht vlot knopen door te hakken met betrekking tot de aansprakelijkheid. Zodra hij een beslissing kan nemen, dient hij dit te doen en te communiceren aan de benadeelde. Alleen met zeer goede redenen kan de verzekeraar na drie maanden aan de benadeelde mededelen dat hij nog geen beslissing kan nemen. Hij dient dit schriftelijk aan de benadeelde kenbaar te maken en te motiveren.

2. Geen vertraging door discussie eigen schuld

De verzekeraar wordt geacht de schade te regelen op basis van de door hem reeds erkende aansprakelijkheid. Als de verzekeraar de aansprakelijkheid kan erkennen, maar het percentage eigen schuld nog exact moet bepalen, dient hij de schade die hij reeds

erkend heeft, alvast betaalbaar te stellen. Indien verzekeraar en benadeelde het niet eens kunnen worden over de mate van eigen schuld van de benadeelde kunnen zij bijvoorbeeld overeenkomen, dat zij de discussie uit stellen tot de eindregeling. Ook kan worden afgesproken, dat de zaak wordt geregeld door middel van een zogenaamde lump sum, waarbij de mate van eigen schuld in het midden wordt gelaten.

Artikel 6 - Vaststelling schade

1. Bevoorschotting

Zodra schade bekend en erkend is, dient de verzekeraar dit ten behoeve van de benadeelde betaalbaar te stellen. Zolang er discussie bestaat over de precieze hoogte van de schade, dient de verzekeraar een voorschot beschikbaar te stellen. Hetzelfde geldt voor het geval er discussie blijft bestaan over de hoogte van de eindregeling; de verzekeraar dient dan onverwijld het bedrag te betalen dat hij redelijk vindt en in elk geval ten behoeve van het slachtoffer wil betalen en is erkend. Dit bedrag kan lager zijn dan een in een eventuele minnelijke regeling aangeboden bedrag.

2. Bij erkenning van de schadevergoedingsverplichting

Voorwaarde voor de in deze subparagraaf opgenomen gedragsregels is dat de verzekeraar (deel)aansprakelijkheid van de verzekerde heeft erkend, respectievelijk zal erkennen en derhalve verplicht is tot vergoeding van de (deel)schade, geleden door de benadeelde.

Belangrijk is dat de verzekeraar zijn organisatie dusdanig inricht dat dit hem in staat stelt vroegtijdig te onderkennen dat nieuwe schademeldingen betrekking hebben op personen-schade zoals verwoord in artikel 1. Alleen op deze wijze is de verzekeraar in staat invulling te geven aan zijn actieve rol om relevante gegevens te verzamelen die in het kader van de afwikkeling van de personenschade vereist zijn en wel binnen de daarvoor geldende termijnen.

Omdat het merendeel van de personenschaden betrekking heeft op 'licht letsel', is er onderscheid gemaakt tussen licht letsel, waarbij in de regel na verloop van drie maanden te rekenen vanaf het ongeval een volledig herstel optreedt, en letsel waarvan de genezing in ieder geval langer duurt dan drie maanden. Dit onderscheid is pas te maken, nadat de verzekeraar gericht informatie over de aard en ernst van het ongevalsletsel heeft opgevraagd. In ieder geval moet dit binnen één week na de schademelding plaatsvinden. Aan te bevelen is de eerste keer telefonisch in contact te treden met de benadeelde, hetgeen van de zijde van verzekeraars het beste kan worden uitgevoerd door communicatief vaardige medewerkers. Op deze wijze kan een goede basis worden gelegd voor de uiteindelijke afwikkeling van de schade.

Als het ongevalsletsel binnen drie maanden is hersteld en de verzekeraar hiervan kennis heeft genomen, zal de verzekeraar hierna binnen twee weken de voor vergoeding in aanmerking komende schade vergoeden. De benadeelde moet hierover geïnformeerd worden, zonder dat hij is gehouden tot het verlenen van finale kwijting. Zo'n kwijting is immers overbodig, omdat er volledig herstel van het ongevalsletsel is opgetreden en latere schade zich dus niet kan voordoen.

Voorzover geen sprake is van herstel binnen drie maanden, zal de verzekeraar regelmatig contact onderhouden met de benadeelde, respectievelijk zijn belangenbehartiger teneinde actief die gegevens te verzamelen die voor de afwikkeling van de tussentijds geleden en ook toekomstige schade van belang zijn. De schade, die tussentijds wordt geleden, zal in ieder geval eens per kwartaal moeten worden vergoed en voor zover daarvan geen sprake is, zal de verzekeraar zich van de situatie van de benadeelde op de hoogte stellen, dan wel laten stellen door de betreffende belangenbehartiger. Op deze wijze is in ieder geval een regelmatige voortgang van de schadeafwikkeling gewaarborgd.

Als er een medische eindtoestand is ingetreden (verdere verbetering van het ongevalsletsel is niet te verwachten), zal de verzekeraar hierna binnen 6 weken een voorstel tot definitieve schadeafwikkeling doen op voorwaarde dat hij over voldoende gegevens beschikt voor vaststelling van de omvang van de schade. Als dat nog niet het geval is, zal de verzekeraar in ieder geval binnen zes weken na het bereiken van een medische

eindtoestand schriftelijk kenbaar maken welke gegevens voor de schadevaststelling nog ontbreken.

Artikel 7 - Reïntegratie

1. Geen volledig herstel binnen drie maanden

Dit artikel ziet toe op het stimuleren van het herstel van de (tijdelijk) verloren gegane arbeidscapaciteit.

Indien er sprake is van een loondienstverhouding kan de inzet van de arbeidsdeskundige/reïntegratiedeskundige gericht zijn op het volgen (begeleiden) van de inspanningen van de werkgever en werknemer in het kader van de verplichtingen voortvloeiend uit de Wet Verbetering Poortwachter respectievelijk toepassing van de wet REA.

2. Blijvend letsel

Indien een benadeelde niet meer zelfstandig kan functioneren is of dreigt er veelal een ontwrichte (gezins)situatie. Benadeelde kan dan baat hebben bij ondersteuning door een deskundige (dit onverlet de rol en taak van de belangenbehartiger). In dit verband kan gedacht worden aan organisaties die bekend zijn met wet en regelgeving rond (woning)aanpassingen, zorgverlening, subsidieaanvragen, enzovoorts. Genoemde deskundige kan als coördinator optreden.

Artikel 8 - Medische aspecten

1. Medisch adviseur

De medisch adviseur kan werkzaam zijn bij de verzekeraar (in loondienst) of kan als externe adviseur bij de verzekeraar betrokken zijn. De benodigde medische informatie wordt veelal verkregen van de arts die het slachtoffer behandelt of behandeld heeft. Deze arts mag alleen informatie verstrekken indien hem daartoe toestemming is verleend door het slachtoffer. De schriftelijke toestemming wordt een medische machtiging genoemd. De machtiging dient zo te zijn geredigeerd, dat deze uitsluitend gericht is op het geven van toestemming voor inzage of verstrekking van gegevens, die noodzakelijk zijn voor de behandeling van een concrete zaak.

De medisch adviseur verzamelt, bewaart en beoordeelt zelf de medische gegevens. Hij verstrekt aan de functionele eenheid - personen die, werkzaam bij of ten behoeve van de verzekeraar en die, naar het oordeel van de medisch adviseur, betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd - slechts informatie over die medische gegevens die, wederom naar het oordeel van de medisch adviseur, voor de beoordeling van de claim nodig zijn.

Op grond van de medische machtiging wint de medische adviseur medische informatie in. De medisch adviseur is hierbij gebonden aan de regels van de KNMG, de WGBO (afdeling 5, titel 7, boek 7 van het BW).

3. Inzagerecht

In de regel gaat personenschaderegeling gepaard met informatie omtrent de gezondheid van het slachtoffer. Daarbij speelt in eerste instantie de vraag welke medische schade er door het ongeval veroorzaakt is. Dit betreft dus medische informatie. Het verzamelen van deze informatie en het beoordelen ervan is voorbehouden aan een arts. Daarom dient aan de verzekeraar voor het omgaan met deze informatie, een arts verbonden te zijn.

Artikel 9 - Begeleiding van de benadeelde door een belangenbehartiger

In gevallen van licht letsel is de toegevoegde waarde van een belangenbehartiger beperkt. Indien de verzekeraar zich houdt aan de afspraken neergelegd in deze regeling, worden de belangen van de benadeelde gewaarborgd. Indien het herstel langer duurt dan de genoemde drie maanden of indien de benadeelde zelf behoefte heeft aan onafhankelijk advies, dient de verzekeraar hem attent te maken op de mogelijkheid van het inschakelen van een belangenbehartiger (bijvoorbeeld een rechtsbijstandverzekeraar, een vakbond, een advocaat of een andere letselschadedeskundige).

Artikel 10 - Meervoudige veroorzaking

De verzekeraar moet voorkomen dat voor een schuldloos slachtoffer een onduidelijke situatie ontstaat omtrent de vraag of, wanneer en door welke verzekeraar actie zal worden genomen ter regeling van de schade. Met name kan deze situatie ontstaan wanneer een bij een eerder ongeval opgelopen letsel verergert door een later ongeval. De discussie welke gevolgen aan welk ongeval zijn toe te rekenen, mag niet ten koste gaan van de benadeelde.

Een verzekeraar is betrokken indien redelijkerwijs aannemelijk is dat haar verzekerde (voor een deel) aansprakelijk is voor het ontstaan van het ongeval en benadeelde stelt als gevolg hiervan letsel te hebben opgelopen.

Artikel 11 - Geschillencommissie Schadeverzekeraars

In aanmerking nemende, dat ieder 'incident' in de schadebehandeling van schuldloze derden tot vertraging leidt, is het aan te bevelen, niet anders dan in noodzakelijke gevallen een beroep op de GCS te doen. In elk geval dient de schadeafwikkeling niet in feite aan de GCS te worden overgelaten.