



Aan de Raden van Bestuur en directies
van alle bij het Verbond van Verzekeraars
aangesloten schadeverzekeringsinstellingen

Circulaire

→ MSS 2001/04

AAA 2001/06

MOT-L 2001/11

TRA-L 2001/06

Met name van belang voor:

de medewerkers verhaalsrecht op de afdeling Schade (met
name voor de branches Algemene Aansprakelijkheid, Motorrij-
tuigen en Transport) en Zorg

Onze referentie

schade2001/587/ewent

Den Haag

6 maart 2001

Gevraagde actie

Ter kennisneming

Aanvulling op het WAO-convenant

Helaas hebben wij geconstateerd dat circulaire MSS 2001/03, AAA 2001/05, MOT-L 2001/10,
TRA-L 2001/05 van 2 maart jl. niet compleet aan u is toegezonden.

Hierbij zenden wij u ter aanvulling de toelichting op het WAO-convenant alsmede de bijlage,
NPP-richtlijn ten aanzien van het medisch traject na verkeersongevallen.

Excuses voor het ongemak.

drs. H.J. Herbert
secretaris

Informatie: mevrouw drs. N. van den Hoff

Doorkiesnummer (070) 3338665 Fax rechtstreeks (070) 3338600 E-mail nhoff@verzekeraars.nl

Bordewijklaan 2, 2591 XR, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, Internet www.verzekeraars.nl



CONVENANT tussen het VERBOND VAN VERZEKERAARS en het LANDELIJK INSTITUUT SOCIALE VERZEKERINGEN inzake het VERHAALSRECHT Ziektewet, WAO, Waz en Wajong

Toelichting Convenant Verhaalsrecht 2001

Algemene toelichting

Op grond van artikel 52a ZW¹, artikel 90 WAO², artikel 69 Waz³ en artikel 61 Wajong⁴, heeft het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) de mogelijkheid om de krachtens deze wetten gemaakte kosten te verhalen op degene die in verband met het veroorzaken van de ongeschiktheid tot werken jegens de uitkeringsgerechtigde naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplicht is. De uitvoeringsinstellingen sociale werknemers-verzekeringen (uvi's) oefenen dit verhaalsrecht onder verantwoordelijkheid van het Lisv uit.

De verhaalsvordering is beperkt. Gevorderd kan worden tot ten hoogste dat bedrag waarop de uitkeringsgerechtigde ten opzichte van de schadeveroorzaker bij het ontbreken van aanspraken op grond van de hierboven genoemde sociale verzekeringswetten naar burgerlijk recht aanspraak kan maken, verminderd met het bedrag tot betaling waarvan de schadeveroorzaker jegens de uitkeringsgerechtigde naar burgerlijk recht is gehouden.

Het Lisv en de verzekeraars verschillen van mening over de vaststelling van de omvang van het te verhalen bedrag; in het bijzonder de vraag of het verhaalsrecht zich uitstrekt over de bruto-uitkering of de netto-uitkering. Als gevolg hiervan loopt de afwikkeling van de verhaalsdossiers grote vertraging op. Gelet op het belang van Lisv en verzekeraars bij een vlotte afwikkeling van de verhaalsdossiers is besloten om te komen tot afspraken op basis waarvan de verhaalszaken op efficiënte wijze kunnen worden afgewikkeld.

Met het Convenant Verhaalsrecht Ziektewet d.d. 18 januari 1996 hebben de verzekeraars en de rechtsvoorgangers van het Lisv een eerste stap gezet met betrekking tot de afwikkeling van verhaalsdossiers op basis van gemaakte afspraken. Betreffend convenant was van toepassing op verhaalsvorderingen op grond van de Ziektewet zoals deze luidde vóór de inwerkingtreding van de Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wulbz). Met de inwerkingtreding van de Wulbz per 1 maart 1996 is het bestaansrecht voor een separaat convenant ZW grotendeels komen te vervallen. Een reden om het verhaalsrecht ZW in het convenant verhaalsrecht 2001 op te nemen.

Met het Convenant Verhaalsrecht WAO d.d. 27 november 1998 hebben het Lisv en het Verbond van Verzekeraars beoogd om lopende en toekomstige zaken (verhaalsdossiers) op een voor beide partijen doelmatige en acceptabele wijze af te handelen. Betreffend convenant, met een looptijd van 1 december 1998 tot en met 31 december 2000, strekte zich uit over alle lopende dossiers tot en met 31 december 1997 alsmede de dossiers (WAO c.q. WAO-Pemba) met een ongevalsdatum die ligt in de jaren 1998, 1999 en 2000. Begin 2000 zijn het Lisv en het Verbond van Verzekeraars met elkaar in onderhandeling getreden over de voorwaarden voor voortzetting van het convenant. In dit kader heeft er een evaluatie naar de ervaringen van betrokken partijen plaats gevonden.

¹ Ziektewet

² Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering

³ Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen

⁴ Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten



Deze evaluatie heeft geleid tot een inventarisatie van knelpunten aan de zijde van de uitvoeringsinstellingen (uvi's) en verzekeraars.

Uitgangspunt van het voorliggende convenant verhaalsrecht 2001 is te komen tot een voor alle partijen doelmatige, efficiënte en acceptabele wijze van afhandeling van verhaalszaken. Hierbij is gestreefd naar een duidelijke formulering en conditionering van de gemaakte afspraken, teneinde interpretatieverschillen en eventueel daaruit voortvloeiende geschillen te voorkomen. Ondertekening van c.q. intekening op onderhavig convenant verhaalsrecht 2001 betekent op een correcte en loyale wijze uitvoering geven aan dit convenant.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1

De bepalingen van dit convenant gelden voor alle dossiers en de daarop betrekking hebbende verhaalsvorderingen die voldoen aan de volgende criteria:

- Het moet gaan om een verhaalsvordering van het Lisv op een verzekeraar die heeft ingetekend op onderhavig convenant.
- Het moet gaan om een verhaalsvordering op grond van de ZW, WAO, Waz of Wajong.
- De arbeidsongeschiktheidveroorzakende gebeurtenis ligt op of na 1 januari 2001 en vóór 1 januari 2004.

De verhaalsvordering kan dus betrekking hebben op bruto-uitkeringen, die zowel vóór 1 januari 2004 als daarna zijn verricht, mits de arbeidsongeschiktheid veroorzakende gebeurtenis ligt tussen 1 januari 2001 en 1 januari 2004.

Artikel 2

Het convenant is bedoeld als een praktische oplossing voor de geschillen tussen verzekeraars en het Lisv over het civiel plafond, waaronder begrepen de bruto-netto problematiek. Deze oplossing is gevonden in een forfaitaire korting op de verhaalsvordering van het Lisv waarmee door verzekeraars afstand wordt gedaan van verdere beperkingen van het verhaal als gevolg van het civiel plafond en de bruto-netto kwestie. Voor de verhaalsvordering wordt uitgegaan van de bruto-uitkering op grond van de ZW, WAO, Waz en Wajong. Het aanbieden van een forfaitaire aftrek van 22 % op de verhaalsvordering heeft tevens betrekking op:

- besparingen in de uitvoeringskosten;
- besparing afzien van juridische procedures;
- waardering voor een snelle en efficiënte afdoening van verhaalsvorderingen.

N.B.: Bovenvermelde praktische oplossing doet niets af aan de wederzijdse standpunten van het Lisv en de verzekeraars met betrekking tot de vaststelling van de omvang van de verhaalsvordering.

Artikel 3

Partijen mogen ten aanzien van schuld c.q. toerekening, medische causaliteit en verjaring verweer voeren. Met betrekking tot de informatie-uitwisseling ten behoeve van deze weren zijn partijen gehouden aan het bepaalde in artikel 7.

Artikel 4

Gedurende de looptijd van het convenant zullen partijen geen beroep doen op rechterlijke uitspraken over de hoogte van het civiele plafond, waaronder begrepen de bruto-netto problematiek, waarbij partijen betrokken zijn die op onderhavig convenant niet hebben ingetekend.



Artikel 5

In de onderhandelingen tussen het Verbond en het Lisv is geconstateerd dat er kosten gemaakt moeten worden om de vorderingen te innen en kosten gemaakt moeten worden om de vordering te staven. Zowel aan de kant van het Lisv als aan de kant van de verzekeraars zullen inspanningen moeten worden verricht die kosten met zich mee brengen. Het in rekening brengen van deze kosten kan een knelpunt vormen in een snelle en praktische uitvoering van het convenant. Mede gelet op het uitgangspunt van dit convenant is besloten dat partijen elkaar geen kosten in rekening brengen. Alleen bij toepassing van de afkoopregeling (artikel 8) wordt er een forfaitair percentage kosten berekend. Dit percentage is een onderdeel van de afkoopformule.

N.B.: Bovenstaande betekent niet dat het Lisv afstand doet van elk recht op vergoeding van buitengerechtelijke kosten. Indien partijen binnen het kader van het convenant niet tot overeenstemming komen en alsnog de rechter wordt geadieerd, dan behoudt het Lisv zich het recht voor de daadwerkelijk gemaakte kosten in haar vordering te betrekken.

Artikel 6

Met het accorderen van een forfaitaire aftrek op de verhaalsvordering als praktische oplossing voor de geschillen tussen verzekeraars en het Lisv, ligt het in de rede om de verhaalsvorderingen binnen een redelijke termijn af te wikkelen. De verzekeraar zal binnen 4 weken nadat de vordering bij hem is ingediend het volgens het convenant verschuldigde bedrag voldoen. De datum van de brief, waarbij de vordering is ingediend is bepalend voor de gestelde termijn.

Als de verzekeraar de afhandeling van de verhaalsvordering aan een derde heeft opgedragen (bijvoorbeeld een schadeafwikkelingsbureau), dan zorgt betreffende verzekeraar ervoor dat de opdrachtnemer juist en volledig is geïnformeerd over de afspraken in dit convenant, waaronder begrepen een correcte en loyale wijze van uitvoering ervan.

Artikel 7

Doorgaans zal de uvi de verhaalsvordering aan de aansprakelijkheidsverzekeraar kenbaar maken in een stadium dat de aansprakelijkheidsverzekeraar reeds bezig is met de claimbeoordeling van de gelaedeerde zelf en in dit verband reeds gericht informatie heeft verzameld welke nodig is voor de afwikkeling van de letselschade van gelaedeerde. Vermeden moet worden dat de aansprakelijkheidsverzekeraars de uvi's vragen om informatie ter onderbouwing van de verhaalsvorderingen, waarover zij reeds uit hoofde van de behandeling en afwikkeling van de letselschade van gelaedeerde de beschikking hebben. Met name moet worden gedacht aan gegevens in het kader van de beoordeling van de aansprakelijkheidsvraag (schuldvraag) en aan gegevens met betrekking tot het letsel dat gelaedeerde bij de gebeurtenis heeft opgelopen en de daarmee verbandhoudende arbeidsongeschiktheid (causaliteitsvraag). Met betrekking tot de causaliteitsvraag kan alleen een informatieverzoek worden gedaan als de medische gegevens ontoereikend zijn dan wel aanleiding geven om de causaliteitsvraag nader te toetsen. Het informatieverzoek van de verzekeraar is alleen mogelijk via tussenkomst van zijn medisch adviseur, waarbij gericht naar aanvullende medische en/of arbeidskundige informatie wordt gevraagd. De bepalingen in de NNP Richtlijnen ten aanzien van het medische traject (zie bijlage) worden hierbij in acht genomen.

Om tot een efficiënte vorm van aanleveren van gegevens te komen, zal bij inwerkingtreding van het convenant verhaalsrecht 2001 een pilot van start gaan. Binnen deze pilot zal worden nagegaan in hoeverre er tot een efficiënte gegevensuitwisseling tussen uvi's en verzekeraars kan worden gekomen.



Artikel 8

Voor dossiers, waarbij de arbeidsongeschiktheid van de uitkeringsgerechtigde een langdurig karakter heeft en waarbij de verwachting is, dat de mate van arbeidsongeschiktheid niet meer verandert, kunnen de deelnemers aan het convenant gezamenlijk besluiten tot de afkoopregeling in plaats van jaarlijks afhandelen. De hoofdregel is dat na het verstrijken van een periode van 6 jaar vanaf de datum van de arbeidsongeschiktheid veroorzakende gebeurtenis, de verhaalsvordering zal worden afgekocht. Hierop is slechts een tweetal uitzonderingen mogelijk, te weten:

1. De uvi en de verzekeraar komen overeen om de verhaalsvordering eerder dan 6 jaar af te kopen.
2. Afkoop van de verhaalsvordering is na 6 jaar nog niet aan de orde, omdat er in het betreffende dossier sprake is van lopende reïntegratie-activiteiten.

De afkoopregeling is in de bijlage van het convenant opgenomen.

De c-factor wordt voor de duur van het convenant vastgesteld. Het moment van afkoop is bepalend voor de te gebruiken c-factor. Verhaalsvorderingen die onder het (oude) convenant verhaalsrecht WAO d.d. 27 november 1998 zijn ontstaan en die tijdens dit convenant worden afgekocht, gebruiken de voor dit convenant vastgestelde c-factor. Wordt de verhaalsvordering in 2004 afgekocht, dan moet de op dat moment geldende c-factor worden toegepast.

Artikelen 9 en 10

Deelnemers aan onderhavig convenant conformeren zich aan een correcte en loyale uitvoering van het convenant. Indien er bij de uitvoering van het convenant zich een geschil tussen de uvi en de verzekeraar voordoet, zal getracht moeten worden om door middel van een bespreekregeling tot een oplossing te komen. In die gevallen dat een bespreekregeling niet tot oplossing van het geschil heeft geleid, is er de mogelijkheid om het geschil aan de geschillencommissie voor te leggen. Hiertoe moeten de uvi en de verzekeraar ten behoeve van de geschillencommissie het geschil gezamenlijk schriftelijk definiëren.

De geschillencommissie wordt gevormd door 3 leden: één lid te benoemen door het Verbond, één lid te benoemen door het Lisv en één lid te benoemen door voornoemde leden gezamenlijk. Het is in het belang van een vlotte afwikkeling van de verhaalsdossiers dat eventuele geschillen die voortvloeien uit dit convenant zo snel mogelijk worden beslecht. Er zal derhalve zowel van partijen die het geschil voorleggen als van de geschillencommissie een pragmatische en oplossingsgerichte instelling worden verwacht. De initiëeringskosten van deze commissie zullen door het Verbond en het Lisv ieder voor de helft worden gedragen. In het reglement van de geschillencommissie zal een nadere invulling van de procedure en de kosten worden gegeven.

De geschillencommissie is bevoegd kennis te nemen van geschillen die betrekking hebben op:

- De wijze waarop het convenant wordt uitgevoerd.
- De nakoming van hetgeen in dit convenant is geregeld.
- De uitleg van het convenant.

Daarnaast is de geschillencommissie bevoegd kennis te nemen van geschillen die voortvloeien uit het convenant verhaalsrecht WAO d.d. 27 november 1998, voorzover deze betrekking hebben op:

- De wijze waarop het convenant verhaalsrecht WAO wordt uitgevoerd.
- De nakoming van hetgeen in het convenant verhaalsrecht WAO is geregeld.
- De uitleg van het convenant verhaalsrecht WAO.

De uitspraak van de geschillencommissie is voor deelnemers bindend.

Artikel 11

Onder omstandigheden als bedoeld in dit artikel worden niet verstaan wijzigingen in de fiscale wetgeving waardoor veranderingen optreden in het zogenaamde bruto-netto kwestie, dat een wezenlijk onderdeel vormt van de forfaitaire korting.



Artikel 12

Met het convenant is beoogd de geschillen tussen verzekeraars en het Lisv over het civiele plafond, waaronder begrepen de bruto-netto kwestie praktisch op te lossen, alsmede te komen tot een besparing in de uitvoeringskosten. Ten einde de voordelen voor partijen zo groot mogelijk te doen zijn is afgesproken dat het convenant alleen maar werking heeft wanneer met het convenant een zo groot mogelijke dekkinggraad wordt bereikt. Deze dekkinggraad is vastgesteld op ten minste 95% zowel in premie-inkomen als in aantal bij het Verbond aangesloten verzekeraars, althans voor zover relevant ten aanzien van het ZW/WAO/Waz/Wajong verhaalsrecht. In de praktijk zal dit vrijwel uitsluitend gaan om motorrijtuigenverzekeraars.

Wanneer deze dekkinggraad niet op 31 december 2000 is gerealiseerd zullen partijen zo spoedig mogelijk hierover met elkaar in gesprek treden.

Artikel 13

Het convenant verhaalsrecht 2001 start op 1 januari 2001 om 0.00 uur en loopt af op 31 december 2003 om 24.00 uur. Ruim voor datum van afloop zullen Lisv en Verbond de werking van het convenant evalueren en met elkaar in onderhandeling treden over de voorwaarden voor voortzetting hiervan.

Artikel 14

De toelichting op het convenant inclusief bijlagen maken deel uit van het convenant.

Artikel 15

Bij verwijzing naar dit convenant kan worden volstaan met de citeertitel: "Convenant verhaalsrecht 2001".

Bijlage:

- NPP Richtlijnen ten aanzien van het medisch traject

- AANBEVELING -

**NPP-RICHTLIJNEN TEN AANZIEN VAN HET MEDISCH TRAJECT
NA VERKEEERSONGEVALLLEN**

1. In ieder letselschadedossier dient een gekwalificeerd medisch adviseur verantwoordelijk te zijn voor het medisch traject.

Er is geen medisch traject indien er sprake is van 'gering letsel' en er in het letselschadedossier geen medische gegevens zijn ingewonnen en /of zijn verkregen.

Van 'gering letsel' is, in het kader van deze richtlijnen, sprake indien in het dossier sprake is van de navolgende kenmerken:

- Enkelvoudig letsel. Voorbeelden: kneuzingen en schaafwonden.
- Uitval in de werkzaamheden (betaald of onbetaald) is beperkt gebleven tot een periode van maximaal een maand.
- Volledig herstel en geen resterende klachten of beperkingen.
- De medische behandeling is geëindigd.
- Er is geen ziekenhuisopname geweest. Voor zover er behandeling in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden is dit poliklinisch geweest.

2. Iedere schadebehandelaar en belangenbehartiger die verantwoordelijk is voor het afwikkelen van personenschade dient te beschikken over een medisch adviseur.
3. Medische adviezen waar belangenbehartigers en schadebehandelaars zich jegens elkaar op beroepen dienen op schrift gesteld te zijn en in afschrift beschikbaar te zijn voor elkaar.
4. Indien een belangenbehartiger of schadebehandelaar afwijkt van het medisch advies als bedoeld in 3 dient dit gemotiveerd te worden.
5. Direct overleg tussen de medisch adviseur van de kant van het slachtoffer en de medische adviseur van de aansprakelijke partij is geboden.
6. Medische bescheiden en medische dossiers zijn, met inachtneming van de daartoe strekkende machtigingsprocedure, uitsluitend in te zien door het slachtoffer, de belangenbehartiger, de medisch adviseur van het slachtoffer en de medisch adviseur van de aansprakelijke partij.
Wel kan de medisch adviseur van de aansprakelijke partij, binnen zijn verantwoordelijkheid en binnen de daarvoor geldende regels, aan de schadebehandelaar nadere informatie verstrekken over relevante zaken uit de hier bedoelde medische bescheiden