



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 2008 een minnelijke regeling is bereikt over de vergoeding van de gevorderde schade. De regeling loopt tot en met 31 december 2009 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. Reïntegratiekosten;
  - g. Kosten van de eerste dag van een mediation.
- 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.

## **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:
- Indien het gaat om een medische aansprakelijkheidszaak, beroepsziektezaak of productaansprakelijkheid;
  - De zaak wordt overgedragen aan, of overgenomen door, een andere belangenbehartiger;
  - 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 2009 en is mede van toepassing op alle letselzaken waarin tussen de rechtsbijstandverzekeraar en de verzekeraar na 31 december 2008 een minnelijke regeling is bereikt over de vergoeding van de gevorderde schade. De regeling loopt tot en met 31 december 2009 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 2009".

Den Haag, {dag/maand} 2008



## **BIJLAGE 1**

PIV-staffel



## **BIJLAGE 2 – REGELING LICHT LETSEL**

### **Artikel 1 - Overwegingen en doelstelling**

Deze regeling is gebaseerd op de ervaring dat vrijwel alle lichte letselzaken op eenvoudig wijze kunnen worden afgewikkeld. Het borduurt voort op, maar wijkt op onderdelen af van de NPP-richtlijn “methode van afwikkeling van licht letselschade” en ziet niet op zaken die onder het regime van de Gedragscode Behandeling Letselschade vallen.

Deze regeling geeft een voorgeschreven (be)handelwijze, voor zover het de rechten of belangen van de betrokken gelaedeerde niet aantast. Het doel van deze wijze van afhandelen is versnelling en verbetering van de dienstverlening aan de gelaedeerden met licht letsel en beperking van behandelkosten. Wederzijds vertrouwen en minimale uitwisseling van schriftelijke dossierstukken vormen de basis van de voorgeschreven versnelde schadeafwikkeling.

### **Artikel 2 - Definitie**

Er is sprake van een licht letselzaak, indien (naar verwachting van beide partijen):

- a. De persoonlijke schade (exclusief voertuigschade) niet meer bedraagt dan € 3.000,--;
- b. Bezoek van een schaderegelaar of een driegesprek niet is geïndiceerd;
- c. Het letsel binnen 6 maanden (vrijwel) restloos is genezen en er geen behandeling meer is;
- d. Het letsel maximaal 1 maand arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft (onder arbeid wordt ook huishoudelijke arbeid verstaan);
- e. (Gedeeltelijke) aansprakelijkheid wordt erkend.

### **Artikel 3 - Behandelprocedure en afspraken**

- a. De belangenbehartiger meldt de zaak bij de verzekeraar per telefoon of per e-mail en verstrekt de benodigde administratieve gegevens. Verzekeraar vat een melding op als aansprakelijkstelling. Contacten met de gelaedeerde verlopen via de belangenbehartiger;
- b. De belangenbehartiger dient geen vordering in waarvan hij weet dat deze ongefundeerd is;
- c. Zodra de omvang van de schade bekend is, wordt de zaak telefonisch of via korte e-mail-berichten geregeld. In beginsel worden geen stukken uitgewisseld en vindt betaling plaats binnen 21 dagen na opgave van de schade;
- d. De zaken worden binnen drie maanden geregeld, of uiterlijk binnen 6 maanden indien er sprake is geweest van arbeidsongeschiktheid. Een en ander gerekend vanaf de dag van melding;
- e. De kosten van medische informatie worden conform het convenant BGK-L vergoed, de informatie behoeft daartoe niet te worden uitgewisseld;
- f. De verzekeraar zal bij de schaderegeling geen (finale) kwijting verlangen;
- g. 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;
- h. Verzekeraar 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 schaden met een minimum van 1 en een maximum van 10 dossiers;
- i. 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 4 - 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.



### **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 2008 wordt gesteld op €150,-. Per 1 januari van elk jaar wordt dit bedrag geïndexeerd met de in artikel 5.5 van het convenant genoemde index.





## TOELICHTING bij de procedure RBK-L LICHT LETSEL

### Artikel 1 - Overwegingen en doelstelling

De procedure heeft tot doel de snelheid van schadeafwikkeling te verhogen en de behandelkosten te verlagen. Het volgen van deze procedure is bij een schadeomvang tot €3.000 voorgeschreven. Indien de procedure niet is gevolgd, is daaraan de consequentie verbonden die in artikel 4.1 van het convenant is opgenomen.

De ratio achter dit stelsel is de ervaring dat verreweg de meeste zaken aldus geregeld kunnen worden. Zaken waarin niet snel een regeling tot stand komt leveren hogere kosten op, die worden vertaald in een hogere BGK-vergoeding. Daarvan moet slechts in uitzonderingsgevallen sprake zijn.

Een aantal rechtsbijstandverzekeraars en WA-verzekeraars werkt al een aantal jaren conform deze regeling naar tevredenheid van alle betrokken partijen. De tekst is dan ook de weergave van een reeds bestaande praktijk.

### Artikel 2 - Definitie

De criteria van de definitie zijn bepalend voor de vraag of een zaak volgens deze procedure wordt afgewikkeld én voor de bepaling van het BGK-bedrag. De uitkomst daarvan is één van de volgende combinaties:

1. De zaak voldoet aan de criteria voor de procedure licht letsel en wordt volgens deze procedure afgewikkeld:  
De BGK wordt bepaald aan de hand van de tabel.
2. De zaak voldoet aan de criteria voor de procedure licht letsel, maar wordt niet volgens de procedure afgewikkeld:  
De BGK wordt bepaald aan de hand van de tabel én wordt verhoogd met de in artikel 3 sub i van de regeling licht letsel genoemde opslag.
3. De zaak komt strikt genomen niet in aanmerking voor de procedure licht letsel maar wordt wel volgens de procedure afgewikkeld:  
Voor zaken die aan de criteria voldoen geldt dat de licht letsel procedure moet worden gevolgd. Zaken die niet (meer) aan deze criteria voldoen, kunnen natuurlijk evengoed op vereenvoudigde wijze worden afgewikkeld. In deze gevallen geldt het BGK-bedrag volgens de tabel.
4. De zaak komt niet in aanmerking voor de procedure licht letsel en wordt niet volgens deze procedure afgewikkeld.

Bij de criteria zelf geldt de volgende toelichting:

*Ad a. de persoonlijke schade (exclusief voertuigschade) bedraagt niet meer dan € 3.000*

De schadeomvang ziet op de ten tijde van de aansprakelijkstelling geschatte persoonlijke schade, exclusief de materiële schade die bij het ongeval is ontstaan, waaronder bijvoorbeeld. kleding, zaken, boodschappen etc. Deze schade wordt wel overeenkomstig de procedure afgewikkeld.

Het gaat voorts om het volledige schadebedrag zoals dat op enig moment wordt geschat of vastgesteld en bijvoorbeeld niet om het resultaat na verrekening van "eigen schuld".

*Ad b. bezoek van een schaderegelaar of een driegesprek is niet geïndiceerd*

Dit criterium bakent de code-zaken af van de procedure licht letsel. Een gezamenlijk bezoek kan echter ook bij schade tot €3.000 geïndiceerd zijn. De procedure is dan niet voorgeschreven, maar kan als behandelplan worden verkozen, indien de zaak zich daarvoor leent.



Ad c. *het letsel is binnen 6 maanden (vrijwel) restloos genezen; er is geen behandeling meer*  
Bij dit criterium draait het vooral om de inschatting aan het begin van een zaak; indien een langer herstel of een langere behandelperiode wordt verwacht, vormt dat mogelijk een contra-indicatie voor de vereenvoudigde en verkorte behandeling.

Als het herstel langer duurt, of na 6 maanden nog behandelingen nodig zijn, betekent dit niet noodzakelijk dat de vereenvoudigde procedure niet kan worden gevolgd. Als de schade verantwoord kan worden vastgesteld en volgens de procedure kan worden geregeld, dient dat ook te gebeuren.

Ad d. *het letsel maximaal één maand arbeidsongeschiktheid tot gevolg heeft (onder arbeid wordt ook huishoudelijke arbeid verstaan)*

De procedure voorziet in een langere termijn voor afwikkeling in geval van tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Arbeidsongeschiktheid langer één maand wordt beschouwd als mogelijke contra-indicatie voor de vereenvoudigde en verkorte behandeling.

Als de arbeidsongeschiktheid langer duurt, betekent dit niet noodzakelijk dat de vereenvoudigde procedure niet kan worden gevolgd. Als de schade verantwoord kan worden vastgesteld en volgens de procedure kan worden geregeld, dient dat ook te gebeuren.

Ad e. *(Gedeeltelijke) aansprakelijkheid wordt erkend*

Overeenstemming over de aansprakelijkheid wil voor het doel van deze regeling zeggen dat een basis voor schadevergoeding kon worden overeengekomen en dus de schade kan worden geregeld.

### **Artikel 3 - Behandelprocedure en afspraken**

a., b., c. en d.

Brengen tot uitdrukking dat deze procedure bedoelt niet meer dan noodzakelijke gegevens uit te wisselen. Binnen korte tijd en middels korte en doelgerichte contacten worden de zaken afgewikkeld. In de praktijk zal men normaliter 2 tot 3 keer contact hebben, inclusief de melding aan de verzekeraar.

e.

De belangenbehartiger behoudt zijn eigen verantwoordelijkheid jegens zijn cliënt. Dat betekent dat ook in zaken die volgens deze procedure worden afgewikkeld informatie kan zijn verzameld m.b.t. de medische situatie en de schade. De kosten daarvan worden vergoed, ondanks het feit dat de stukken niet worden uitgewisseld.

f. en g.

Deze onderdelen houden verband met het uitgangspunt dat de gelaedeerde door deze procedure niet in zijn belang of recht mag worden aangetast.

h.

De verzekeraar kan ieder jaar één of enkele dossiers beoordelen. Ter inzage zijn uitsluitend die stukken beschikbaar, die zouden zijn uitgewisseld indien deze procedure niet zou zijn gevolgd. De aard van de procedure brengt mee dat het dossier van de belangenbehartiger in veel gevallen geen of niet alle stukken m.b.t. schade zal bevatten. Er wordt niet alsnog informatie bij de gelaedeerde opgevraagd. Doel van deze beoordeling is te toetsen of is voldaan aan het gestelde in artikel 3b.

i.

Schade regelen binnen 3 maanden vergt een besluit over aansprakelijkheid binnen 3 maanden.

Aansprakelijkheidsdiscussies moeten zo min mogelijk aan tijdige schaderegeling in de weg staan. Als de verzekeraar na 3 maanden zijn aanbod inzake aansprakelijkheid ten gunste van de gelaedeerde aanpast, geldt de opslag van € 500.



#### **Artikel 4 - Regeling van geschillen**

Discussies op dossierniveau zijn uit den boze. Betaling van de schadevergoeding aan de gelaedeerde kan ook niet afhankelijk worden gesteld van overeenstemming over de BGK.

De contactpersonen bespreken de dossiers waarin behandelaars niet tot overeenstemming konden komen en lossen deze op, of leggen het verschil van inzicht voor aan de geschillencommissie.