



De omschrijving van het risico en de regeling van de schade in het particuliere ongevalverzekeringsrecht

<https://hdl.handle.net/1874/325067>

A. qu. 192, 1938.

**De omschrijving van het risico
en de regeling van de schade
in het particuliere
ongevallenverzekeringsrecht**

Dr. Mr. W. Schuurmans Stekhoven

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

Diss Utrecht 1930

De omschrijving van het risico en de regeling van de schade in het particuliere ongevallenverzekeringsrecht

PROEFSCHRIFT EN STELLINGEN TER VER-
KRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN
DE RECHTSGELEERDHEID AAN DE RIJKS-
UNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN
DEN RECTOR MAGNIFICUS, DR J. BOEKE,
HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GE-
NEESKUNDE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN
SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BE-
DENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER
RECHTSGELEERDHEID TE VERDEDIGEN OP
WOENSDAG 15 JUNI 1938 DES NAMIDDAGS
TE 4 UUR

DOOR

DR. MR. WILLEM SCHUURMANS STEKHOVEN,
ARTS EN ADVOCaat,
GEBOREN TE ERMELO



's-GRAVENHAGE — G. NAEFF — 1938

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT

RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



0351 4951

WOORD VOORAF.

Dit proefschrift moge beginnen met een woord van waardeering voor het aandeel, dat velen aan en buiten de Utrechtsche Universiteit tot mijn wetenschappelijke en praktische, rechtskundige en maatschappelijke vorming hebben bijgedragen.

U hooggeleerde STAR BUSMANN, hooggeachte promotor, ben ik bijzonderen dank verschuldigd voor de wijze, waarop U deze verhandeling als proefschrift hebt willen aanvaarden.

Voor de gelegenheid, die mijn werkzaamheden voor de N.V. Eerste Onderlinge Aannemers-Verzekeringsmaatschappij en N.V. Zwolsche Algemeenē Verzekering Maatschappij te Utrecht mij boden, om theorie en praktijk van het particuliere ongevallenverzekeringsrecht aan elkander te toetsen, ben ik zeer erkentelijk.

De ervaring, die ik op het terrein van de uitvoering van de sociale land- en tuinbouwongevallenwet, mocht opdoen door mijn werkzaamheden voor de Bedrijfsvereniging, Centrale Bond voor ongevallenverzekering in het Land- en Tuinbouwbedrijf in Nederland, „Het Platteland” te Gouda, kreeg daardoor meer reliëf en nieuw perspectief.

De onderscheiden binnen- en buitenlandsche maatschappijen, werkzaam op het terrein van de particuliere ongevallenverzekering, die zoo welwillend waren mij desgevraagd een „Specimen”-polis ter beschikking te stellen, maakten mij eerst recht deze studie mogelijk.

De N.V. Levensverzekerings-Maatschappij Utrecht vergemakkelijkte mij de literatuurstudie, door mij toegang te verlenen tot haar ongeëvenaarde boekerij op verzekeringsgebied.

INHOUD.

	Blz.
Woord vooraf	III
Inhoud	V
Register	VII
Inleiding	I
I. De geschiedenis van de ongevallenverzekering	9
II. Enkele opmerkingen over het wezen van de particuliere ongevallenverzekering	25
III. Het ongevalsbegrip	35
IV. Insluitingen	70
V. Uitsluitingen	102
Aanhangsel: Territoriale beperkingen	131
VI. Verplichtingen van den verzekerde bij voorkomende schadegevallen	134
VII. Verplichtingen van den verzekeraar bij voorkomende schadegevallen	171
VIII. De beslechting van geschillen	207
Geraadpleegde literatuur	221
Gebezigde afkortingen	224
Bijlagen	225

REGISTER

De nummers verwijzen naar de bladzijden

- Aangifteverplichting, 138 ev
acte van overlijden, 148.
advies (bindend), 209.
alcoholmisbruik, 111.
Amerika, 8, 15.
appendicitis, 123.
arbitrage, 208.
arbeidsongeschiktheid, 63.
attesteerverplichting, 144.

Behandelingsverplichting, 160 ev
bevrozing, 74.
bewijsrecht, 134 ev.
blaar, 122.
blindedarmonsteking, 123.
bloedvergiftiging, 83.
bootreisrisico, 131.
bijzondere (van ongeval), 40.

Causaliteit, 60 ev.
controleduldingsverplichting, 149.
controlevoorschriften, 153.

Darmvernauwing, 124.
dronkenschap, 111.
Duitsland, 19 ev.

Einheitsbestrebungen, 20.
Engeland, 16.
Erwerbsunfähigkeit, 65.

Geneeskundige behandeling, 32,
196, 201.
geschillen, 207.
gevaarsafwending, 93.
geweldsinwerking, 41.
gewelddadigheidsvereischte, 50, 77.
gezondheidsvoorschriften, 111.
gezwollen, 125.
Gliedertaxe, 176 ev.

hernia, 123.
heupjicht, 127.
hitteberoerte, 75.

Ingewandsbreuk, 123.
infectie, 82 ev.
infectieziekten, 82.
insluitingen, 70 ev.
intoxicaties, 90, 111.
invaliditeit, tijdelijke 193.
invaliditeit, blijvende, 174.
inwendige oorzaak, 47, 78.
ischias, 127.

Kraambed, 121.
krachtsinspanning, overmatige, 47.
kunstbewerkingen, lichamelijke, 99.

Letsel in betrekkelijk korten tijd
ontstaan, 44.
lichamelijkheid (ongeval), 61.
luchtvaartrisiko, 97.
lumbago, 127.
lijfrenteuitkeering, 174.

Mechanische (van ongeval), 51.
middeleeuwen, 9.
momentaniteit, 43.
militaire dienst, 98.

Narcosedood, 81.
normaliseeringsbeginsel, 108.
Nederland, 22.

Ongevalsbegrip, 35 ev.
ongevalsclausules, 37.
ongewone (van ongeval), 40.
onlusten, 116.
onmiddellijkheid, 58.
ontwrichting, 71.

- onrust der tijden, 117.
 onverzekerbare personen, 120.
 onvrijwilligheid, 52, 55.
 oorlog, 116.
 operaties, 99.
 operatieverplichting, 166 ev.
 opgraving, 157.
 oproer, 116.
 opzet, 53, 115.
 overlijden (uitkeering bij), 31, 171.
 oververzekering, 177.
- Peesscheedeontsteking, 72, 118.
 personenschadeverzekering, 33.
 plotselinge (van ongeval), 42.
 polisuitlevering, 149.
 provocatie, 114.
- Rechter (bevoegde), 207.
 rechtstreeksch (gevolg), 59.
 reddingspogingen, 91.
- Schade-erkenning, 203.
 -fixatie, 30.
 -taxatie, 29.
 -voorzienbaarheid, 60.
 schadeverzekeringskarakter, 26.
 sectieverplichting, 154, 159.
 sommenverzekering, 25 ev.
 scheepsvolk, 12.
 schuld, 53 ev., 109.
 spit, 72, 127.
 spoorwegongevallen, 14.
 sportclausules, 93 ev.
 schuldeischers (boedel), 172.
 staat (als rechtthebbende), 171.
 strafbare feiten, 117.
 spataderen' 125.
- Tendovaginitis, 128.
 territoriale beperkingen, 129 ev.
 toerekenbaarheid, 113.
 toedoen, 115.
 toevalligheid (van ongeval), 52.
 tumoren, 125.
- Uitlokking, 114.
 uitsluitingen, 102 ev.
 uitstroomingseisch, 80.
 uitwendigheidseisch, 47.
- Varices, 125.
 Veraart (definitie), 45.
 verbranding, 74.
 verdediging, 91.
 verdrinking, 76.
 verjaring, 205.
 verkeersclausules, 95 ev.
 verklaringplicht artsen, 147.
 verrekken, 47.
 verstikking, 80.
 verstuiking, 71.
 vertillen, 47.
 verval van recht, 205.
 veiligheidsmaatregelen, 111.
 voorzienbaarheid (schade), 60.
- Warmtebevanging, 75.
 wilsbegrip, 53.
- Zelfbeschikkingsrecht, 164.
 zelfmoord, 110.
 zelfverdediging, 91.
 zelfverminking, 110.
 ziektecomponent, 49, 105 ev.
 ziekteoorzaak, 108.
 ziekten (bepaalde), 118.
 zonnesteek, 75.
 zwangerschap, 121.

INLEIDING

GRENSGEBIED TUSSCHEN GENEESKUNDE EN RECHTS- GELEERDHEID

Territoriaal bevinden zich tusschen de Rijken van Geneeskunde en Rechtsgeleerdheid uitgestrekte gebieden „Niemand'sland", waar de beoefenaren van beide wetenschappen en vrije beroepen elkander min of meer regelmatig ontmoeten. De ontginning van geen dier terreinen vereischt dermate de eendrachtige samenwerking van medici en juristen als juist de „ongevallenverzekering".

Zelfs op het terrein van de medicina forensis zijn de verhoudingen nog eenvoudiger. Toch heeft de jurist ook daar veelal het gevoel, dat de medicus hem het oordeel eer moeilijker dan gemakkelijker maakt. Op strafrechtelijk gebied immers heeft de jurist de wet tot richtsnoer en een betrekkelijk beperkte keus van min of meer scherp omschreven delicten, strafbaarheid-uitsluitingsgronden en bewijsmiddelen.

Geen medicus, zich bewust van het feit, dat niets zijn wetenschap hem dagelijks meer leert dan bescheidenheid in het gissen en de erkenning van aller dingen relativiteit en onbegrensdeheid, zal zich de illusie maken meer dan een bescheiden aandeel te hebben aan het op forensisch gebied ontwarren of veelal doorhakken van knopen door den jurist.

De bestaande uitzonderingen bevestigen slechts den regel, dat de medicus ook op dit grensgebied „een goede knecht, maar een slechte meester" pleegt te zijn.

DE BEHOEFTE AAN SAMENWERKING TUSSCHEN MEDICUS EN JURIST

Geheel anders is de situatie op het terrein van de ongevallenverzekering.

Hier bovenal een eindelooze verscheidenheid van letsels, die in oorzaak, ernst en gevolgen slechts door den medischen deskundige kunnen worden begrepen.

Hier niettemin toch ook dezelfde kloof tusschen medisch en

juridisch denken: de medicus te minder gewend exact te formuleeren, naarmate hij zich meer bewust is van de betrekkelijkheid van al zijn termen en van het niet-onaanzienlijke percentage zijner verkeerde „diagnosen”, de jurist te meer strevend naar rubrificering, naar mate de veelheid der onderscheidingen op hem verwarrender werkt.

Doel van de eendrachtige samenwerking tusschen medicus en jurist behoort op dit terrein bovenal te zijn het overbruggen van die kloof:

- a. door versterking van de juridisch-wetenschappelijke grondslagen van de medische onderscheidingen;
- b. door versterking van de medisch-wetenschappelijke grondslagen van de juridische onderscheidingen.

Zoodanige samenwerking kan den jurist leeren scherper te onderscheiden en den medicus scherper te scheiden.

Ondertusschen wil ik hier deze algemeene inleidende gedachten over de verschillen en de verhouding tusschen geneeskunde en rechtsgeleerdheid niet verder uitwerken en volstaan met thans de groote lijnen te schetsen, die mij bij de keus en bij de uitwerking van mijn onderwerp hebben geleid.

HET VERSCHIL TUSSCHEN HET SOCIALE EN PARTICULIERE ONGEVALLENVERZEKERINGSRECHT

Bij de ongevallenverzekering kan men aanstonds den *socialen* en den *particulieren* vorm onderscheiden.

De paradox van MANES (1)

„Wie ein Januskopf hat das moderne Versicherungswesen zwei Gesichter: das eine zum Kapital, das andere zur Arbeit gewandt; jene Methode bezeichnen wir als Individual-, diese als Sozial-Versicherung”

is intusschen meer kernachtig dan juist.

Dat de sociale verzekering een publiekrechtelijk karakter pleegt te dragen en de particuliere een privaatrechtelijk, is evenmin voldoende om het groote verschil te kenmerken. Daargelaten of de grens tusschen publiek- en privaatrecht op bevredigende wijze te trekken valt.

Belangrijker is het feit, dat ook de sociale verzekering van privaatrechtelijke origine is, waar zij haar rechtsgrond vond in de aansprakelijkheid van den werkgever voor zekere ongevallen, aan zijn werknemer overkomen in de uitoefening van het bedrijf.

Er zijn landen met privaatrechtelijken socialen verzekeringsplicht zonder publiekrechtelijke sociale verzekeringswetten.

Uit verzekeringsoogpunt bezien bestaat er geen essentiëel verschil tusschen aansprakelijkheid op overeenkomst of op de wet gegrond. De sociale verzekering kwam dan ook uit de vrijwillige of gedwongen wettelijke- aansprakelijkheidsverzekering voort. Het sociale verzekeringsrecht in ons land wordt evenwel geheel door de desbetreffende wetten geregeerd.

WETTELIJKE EENHEID OF CONTRACTUEELE VERSCHEIDENHEID

Daartegenover staat de particuliere ongevallenverzekering in ons land in het teeken van de meest volstreckte contractsvrijheid.

Bovendien ondervindt zij den invloed van oeconomische factoren en van meer of minder goede koopmanschap.

Daaraan is de verwarrende verscheidenheid van verzekeringsvoorwaarden te wijten: nauwelijks 2 polissen zijn gelijk!

De verschillen zouden nog grooter zijn, indien onvoldoende geoutilleerde verzekeringsmaatschappijen niet gewend waren de polissen van oudere concurrenten te copiëren.

Tot onderlinge samenwerking, opstellen van standaardvoorwaarden en tot tariefafspraken, zooals reeds meer dan 30 jaar in Duitschland bestaan, kwam het zoodoende niet.

Het groote verschil tusschen sociale en particuliere ongevallenverzekering is nu: bij de sociale de betrekkelijk onveranderlijke verzekeringswetten, bij de particuliere de vrijwel onbepaalde wijzigingsmogelijkheid, en daardoor een streven de formuleering der verzekeringsvoorwaarden regelmatig aan de ervaring te toetsen en daarmee in overeenstemming te brengen.

Bij de sociale verzekering toetst in laatste instantie de rechter de gevallen, waarover geschil, aan de wet en vult door zijn jurisprudentie de leemten in de wet aan.

Bij de particuliere wijzigt de verzekeraar zijn model-polis, zoodra zijn verzekeringsvoorwaarden leemten of onduidelijkheden blijken te bevatten: om de paar jaar een nieuw model!

Zoo ligt bij de sociale verzekering het zwaartepunt van de medische *medewerking* in de voorlichting van den rechter als door dezen (of door den verzekerde of door den risicodrager) gedagvaardende deskundige. Daarentegen ligt bij de particuliere het zwaartepunt van de *samenwerking* tusschen medicus en jurist

in het opstellen van de verzekeringsvoorwaarden, d.w.z. bij de verzekeringsmaatschappij.

SOCIAAL DOEL PREVALEERT BOVEN VERZEKERINGS- KARAKTER

Bij de sociale ongevallenverzekering prevaleert het sociale doel boven het verzekeringskarakter. Daardoor werden steeds meer grondslagen van het algemeene verzekeringsrecht en van de burgerrechtelijke aansprakelijkheidsleer verlaten.

Onder de „sociale” verzekering vallen bijv. ook de gevolgen van eigen schuld (zelfs van grove schuld en ernstige nalatigheid, ja zelfs van het opzettelijk nalaten van algemeen verbindende veiligheidsvoorschriften).

Bij de sociale verzekering wordt — om een ander voorbeeld te noemen — aan het causaal verband tusschen ongevalsgebeurtenis en letsel een reeks criteria gesteld van andere orde als in de particuliere verzekering. Ook te dien aanzien prevaleert het *verzorgingskarakter* van de sociale verzekeringswetgeving boven het *verzekeringskarakter*.

BEPERKING TOT DE PERSOONLIJKE ONGEVALLEN- VERZEKERING

Gezien mijn doelstelling: *het slaan van een brug tusschen verzekeringsrecht en verzekeringsgeneeskunde*, was beperking tot de particuliere ongevallenverzekering geboden. In het bijzonder heb ik daarvan, met uitsluiting van de *collectieve* aansprakelijkheidsverzekering voor ongevallen van derden, nader de persoonlijke ongevallenverzekering onderzocht.

In tegenstelling tot de omvangrijke literatuur en jurisprudentie op het gebied van de sociale ongevallenverzekering zijn beide over de persoonlijke ongevallenverzekering bijna even beperkt. Zoo ontbrak tot dusver in ons land een poging om de medisch-juridische problemen, waarvoor de particuliere ongevallenverzekering ons dagelijks stelt, als geheel te bezien.

Voor den jurist plegen de halfmedische clausules even duister te zijn als voor den medicus de halfjuridische.

In alle codificaties van het handelsrecht dateeren trouwens de neergelegde beginselen van algemeen verzekeringsrecht uit een tijdsgewricht, toen de ongevallenverzekering nog vrijwel

onbekend was. Het gevolg is geweest, dat deze daarna opkomende bijzondere verzekeringsvorm, die noch in het kader van het algemeene verzekeringsrecht, noch in het kader van het bijzondere levensverzekeringsrecht op bevredigende wijze paste, zich vrijwel autonoom ontwikkeld heeft. Slechts in enkele landen zijn voor het leggen van eigen grondslagen van ongevallenverzekeringsrecht bijzondere wetten in het leven geroepen.

OPZET VAN DEZE VERHANDELING

Aanvankelijk was het mijn voornemen de uitkomsten van een vergelijking van de voornaamste Nederlandsche ongevallenverzekeringsvoorwaarden eenerzijds en o.a. de Duitsche en Oostenrijksche model-verzekeringsvoorwaarden anderzijds te verwerken tot een overzicht van het *geheele* particuliere ongevallenverzekeringsrecht. Toen beperking noodzakelijk bleek, koos ik als hoofdschotels de behandeling in groote lijnen van de beide complexen van bij uitstek medisch-juridische problemen, die in ongevallenverzekeringsrecht en ongevallenverzekeringsgeneeskunde op den voorgrond staan: „risico-omschrijving” en „schaderegeling”.

Buiten behandeling bleven alle algemeen-verzekeringsrechtelijke vragen: aanvang, duur, beëindiging en verval van de verzekeringsovereenkomst, cessie-subrogatie, premiebetaling en wanbetaling, risicoverzwaren, onjuiste opgave.

Voorts heb ik mij gewacht mij te diep te begeven in den put der theoretische ontleding van het wezen van de ongevallenverzekering. Geen zuiver theoretisch-wetenschappelijke verhandeling over de rechtsleer der particuliere ongevallenverzekeringsovereenkomst, maar een overwegend practischwetenschappelijke verhandeling over de rechtspraktijk op dit terrein was het doel waar ik naar streefde.

Een rechtspraktijk, waarvan — zooals zich trouwens afspiegelt in de povere jurisprudentie — het zwaartepunt gelegen is in de formuleering van de verzekeringsvoorwaarden.

Zoodoende is deze verhandeling geworden tot een critische ontleding van de reeks clausules, die de ongevallenverzekeringsovereenkomst onderscheiden van andere verzekeringsovereenkomsten. Slechts bij uitzondering bleek bespreking van de jurisprudentie verhelderend.

DE OMSCHRIJVING VAN HET RISICO

Het overzicht van de „risico-omschrijving” is een moeizame poging geworden om te komen tot een meer *synthetisch* en bij voorkeur ook een meer *uniform* ongevalsbegrip.

Want er blijken niet alleen groote verschillen te bestaan, wat den *omvang* van het ongevalsbegrip betreft, maar zelfs wat den *aard* betreft. Bijna elke polis houdt er een ander begrip op na.

Door toetsing van de onderscheiden elementen van het begrip „ongeval” — gezien als letseloorzaak, als letsel, resp. als letselgevolg — werd getracht een meer *constructief* ongevalsbegrip te scheppen, waaraan men meer houvast heeft.

Van de besproken elementen noem ik:

- a. het *ongewone* (bijzondere), *toevallige* (onvrijwillige), *gewelddadige*, *plotselinge* en *onmiddellijke* (rechtstreeksche) van de ongevalsgebeurtenis als letseloorzaak,
- b. het *lichamelijke*, *geneeskundig vaststelbare karakter*, alsmede het „*eenig en rechtstreeksch gevolg van het ongeval zijn*” van het letsel.

Daarbij kwamen vanzelf de *grenzen van de toelaatbare schuld* ter sprake, de *verwikkeling van ongevalsletsels met ziektecomponenten* en het *oorzakelijke verband tusschen ongeval en letsel*.

Bij de *insluitingen* vergden zonnesteek, warmtebevanging en hitteberoerte, verdrinking en verstikking, infectie en infectieziekten, intoxicaties, rechtmatige verdediging, reddingspogingen, sportbeoefening en verkeer als ongevalsoorzaken en de militaire dienst als bron van ongevallen, lichamelijke kunstbewerkingen als letselbron en ten slotte verstuing, ontwrichting, verbranding, bevrozing, spit en peesscheedeontsteking de aandacht.

Bij de *uitsluitingen* ziekte als (mede-)oorzaak van ongeval, letsel of verergering van letsel, de *grenzen van de toelaatbare schuld*, ongevallen door oorlog, oproer en onlusten, ongevallen zich voordoende na bepaalde ziekten en invaliditeit van bepaalden aard, ongevallen tijdens zwangerschap en kraambed en ten slotte diverse uitgesloten letsels, in het bijzonder blaar, breuk, blindedarmontsteking, darmvernaauwing (of -afsluiting), gezwellen, spataderen, spit en heupjicht, tendovaginitis crepitans.

DE REGELING VAN DE SCHADE

Het begrip „schaderegeling” is door mij gebezigd als vakterm en prejudiceert dus allerminst of de ongevallenverzekering tot de „sommen”- of de „schadeverzekering” behoort.

Ik versta daaronder het nakomen van het geheel van wederzijdsche verplichtingen bij het optreden van een sinister met gevolgen (de Duitschers spreken van „Versicherungsfall”).

Van de *verplichtingen van den verzekerde* worden achtereenvolgens beschreven: aangifteverplichting en andere inlichtingsverplichtingen (attesteerverplichting, contrôleverplichting, sectieverplichting), verschillende voorkomingsverplichtingen (behandelingsverplichting, event. operatieverplichting).

Van de *verplichtingen van den verzekeraar* worden behandeld zijn plicht tot erkenning en vaststelling van den omvang van zijn aansprakelijkheid, alsmede de betaling der schadevergoeding. Hierbij komen o.a. de begrippen „invaliditeit” en „arbeidsongeschiktheid” ter sprake (Gliedertaxestelsel).

Ten slotte de problemen, die zich voordoen bij de beslechting van geschillen tusschen verzekeraar en verzekerde, zoowel ten aanzien van de uitkeeringsverplichting als ten aanzien van den omvang der schadevergoeding.

DE VERDERE UITWERKING VAN DEZE VERHANDELING.

Zoowel de oeconomische als de verzekeringstechnische kanten van de ongevallenverzekering werden buiten beschouwing gelaten. Het geschiedkundige is beperkt tot de groote lijnen.

Dat ik hier en daar voor de verleiding bezweken ben te treden in de verschillen tusschen sociale en particuliere verzekering, had een bijzondere reden en een bijzonder doel. Die *reden* was, dat ik dagelijks met beide verzekeringsvormen en dus met die verschillen in aanraking kom. Dat *doel* was aan die verschillen ten behoeve van de juristen en medici, die van deze verhandeling kennis mochten nemen, meer reliëf te geven. De ervaring leert nl., dat vele artsen en rechtskundigen geneigd zijn de hun beter bekende beginselen van het sociale ongevalsverzekeringsrecht toe te passen op de particuliere ongevallenverzekeringsovereenkomst en dan natuurlijk komen tot een volkomen onjuist oordeel.

Wat de geraadpleegde literatuur betreft, erken ik gaarne mij in hoofdzaak beperkt te hebben tot de Duitsch-Oostenrijksch-

Zwitsersche (gezwegen van de Nederlandsche). Weliswaar bestaat er daarnaast een niet onbelangrijke Engelsch-Amerikaansche literatuur¹⁾, maar deze heeft voor theorie en praktijk van het Nederlandsche ongevallenverzekeringsrecht slechts geringe beteekenis, omdat al onze Nederlandsche polissen geheel gebaseerd zijn op wat ik de „continentale usance" zou willen noemen.

1) Een uitnemend overzicht van de Amerikaansche verhoudingen geeft S. M. LA MONT (The Contract of Personal Accident and Health Insurance, Proceedings of the Casualty Actuarial Society, No. 37 en 38).

HOOFDSTUK I

DE GESCHIEDENIS VAN DE ONGEVALLEN- VERZEKERING

SPOREN IN DE MIDDELEEUWEN

De ontwikkeling van assurantie en assurantierecht in de middeleeuwen had vrijwel uitsluitend betrekking op voersrisico's.

De geschiedenis van de personenverzekering begint eigenlijk pas in de negentiende eeuw en die van de ongevallenverzekering in engeren zin met het door industrialisatie — mogelijk geworden door de ontdekking van de stoommachine — geschapen verhoogde gevaar voor ongevallen.

Het denkbeeld was ongetwijfeld veel ouder.

Mejuffrouw TIMMER (2) toonde aan, hoe in de middeleeuwen de zorg voor het welzijn der arbeiders zich reeds ontwikkelde tot een primitieve verzekering tegen de oeconomische gevolgen van ziekte en ongeval.

Zoo bij het bakkersknechtsgilde van 1490 (Groningen). Daarbij stond wel het ziekengeld op den voorgrond, maar ik acht het met WILLERING (3) aannemelijk, dat „ziekte” mede ongevalsgevolgen omvatte.

Het gildeboek van de kistenmakersknechten (1616) bevat o.a. een „Ordonnantie op het onderhouden der kranke en behoeftige gesellen” met het volgende artikel:

II. „Zo enig geselle zo *crank* wierde ofte enig *Accident* hadde — door Godes hand ontfangen, — dat hij een docter ofter chirurgijn moste hebben, die zal hem door de olderman en hovelingen in der tijt worden besorgt en uit het schreen worden betaalt, dog zulx zal eerst an den olderman en der meesteren worden bekent gemaekt”.

Reeds in die dagen was deze verzekering gereglementeerd (uitsluiting van de gevolgen van dronkenschap en vechten, schatting van de mate der arbeidsongeschiktheid, contrôle). Het is twijfelachtig of met „*accident*” wel een „*ongeval*” in engeren zin is bedoeld: elders toch is sprake van „ziekte en andere ongelegen-

heid", „ziekte of ongemak", „ziekte, zucht of andere toevallen", zoodat blijkbaar tusschen plotselinge ziektegevallen en ongevalsletsel geen scheiding bestond. Dus meer een ongedifferentieerde tijdelijke-invaliditeits-verzekering.

Ik herinner voorts aan de „Arm- und Beinbruchgilden", die men in Duitschland in de 18e eeuw kende (MANES) (4).

Waren dit voorloopers van de *sociale* of van de *particuliere* verzekering of meer *charitatieve* instellingen?

Het beginsel „draagt elkanders lasten" was aanvankelijk minder *oconomisch* dan *philantropisch* georiënteerd: het verzekeringskarakter was secundair, niet primair.

VOORLOOPERS VAN DE AANSPRAKELIJKHEIDS- VERZEKERING?

Zoowel EHRENBERG (5) als MANES (4) wijzen als eerste sporen van ongevallenverzekering de verzekering van scheepskapiteins in het bekende zeerecht van Wisby (1541) aan. Een soortgelijken vorm van aansprakelijkheidsverzekering kan men ook in andere zeerechten terugvinden.

De republiek der Nederlanden zou volgens veler meening (overal in de literatuur overgenomen) — omstreeks 1665, nog een anderen vorm van ongevallenverzekering gekend hebben. Aan soldaten zou zij nl. bepaalde uitkeeringen bij verlies van oogen, armen, handen of beenen gewaarborgd hebben. Reeds toen was de uitkeering in geld voor „rechter" lichaamsdeelen hooger dan voor linker (WILLERING) (3).

SCHADELOOSSTELLING VAN VERMINKTE SOLDATEN IN DE GOUDEN EEUW

Ik wendde mij ter zake om nadere inlichtingen tot den Directeur van het krijgsgeschiedkundig archief van den generalen staf. Deze, de gepensionneerd Kolonel C. C. DE GELDER, was zoo vriendelijk mij de navolgende gegevens te verstrekken:

„Volgens het Staatsche leger door F. G. J. TEN RAA en F. DE BAS, deel II, blz. 288 en 289, was pensioen in het begin van de 17e eeuw een gunst, geen recht; een krijgsman, die ongeschikt werd voor den actieven dienst kon geen pensioen of vergoeding eischen; voorschriften dienaangaande bestonden niet; toch hielp de Staat naar vermogen. Zoo werd o.a. aan personen, die een arm verloren hadden, octrooij verleend tot het maken van een ijzeren arm.

Ook werden somwijlen verminkten tegen een gering salaris aan-

gesteld bij de Compagniën als „appointés” of in een of andere functie op forten en posten.

Eveneens in deel IV van bovengenoemd boekwerk werden gevallen aangehaald op het appointeeren van invaliden tegen lager salaris dan hun rang medebracht.

Op blz. 306 van deel IV van het vermelde Staatsche Leger staat aangegeven, dat verminkte matrozen volgens hun artikelbrief, ook na genezing, op 's lands kosten onderhouden werden en het niet meer dan billijk was, dat ook toe te passen op landsoldaten.

's Lands Regeering beschouwde het echter als geldverspilling om hen voor het verlies van ledematen met een jaargeld te beloonen, vooral voor jongelieden, die daarvan langen tijd konden genieten. Men vond het voordeliger met hen „in redelicheyd een discreten uytcoop te maken”, als bij verlies van den rechter arm L. 300, linker arm L. 250, styvicheyt ende lammicheyt van drie vingeren aende rechter hand L. 60, andere vermintheden na advenant” (Resolutie Staten Generael 21 Mei 1639).

In beginsel alzo, zelfs nog omstreeks 1665, verleende de Staat geen pensioen en trok zich weinig van het verdere lot der oudgedienden aan. (Staatsche leger, deel V, blz. 236).

Van ongevallenverzekering in engeren zin was dus geen sprake.

ROMEINSCH- EN KANONIEKRECHTELIJKE BELEMMERINGEN

De vraag rijst of in de middeleeuwen het adagium „in libero corpore hominis nulla aestimatio est” belemmerend werkte. Zij zou volgens HIESTLAND (6) in het Noorden niet hebben gegolden, maar in de landen, waar het romeinsche en kanonieke recht meer invloed uitoefenden, des te meer (zie o.a. Ordonnance de la Marine, 1681, VI, 9—11). Voor dien invloed zijn ook in ons land wel aanwijzingen te vinden.

SIMON VAN LEEUWEN (7) schreef niet voor niets: ¹⁾

„Dat men alle saken en Koopmanschappen mag doen verskren, uitbesondert de Vragten en Huyren van de Schippers, en Bootsgesellen, nog ook de toerusting van Schepen, *Mensen, Leven, . . . Ze-rechten van Koning Philips* ²⁾, tit. van Versekring, art. 8, 9. Costuymen tot Amsteldam, cap. 30, art. 10, 11 en art. 17, 24”.

En HUGO DE GROOT (8) had het een halve eeuw eerder ongeveer met dezelfde woorden gezegd:

1) Zie ook Rooms Hollands Regt IV, 35, 9 „een mense lighaam in syn waarde niet kan geschat werden” . . .

2) Ordonnantie op de zeevaart van 1549 (Groot Plakkaatboek IV, 1215 en 1219), resp. op de assurantiën van 1571 (I 828); zie verder DORHOUT MEES (55) blz. 40.

„Men mag alles doen verzeekeren, uitgezeit *menschen leven*, weddinghen, loon van schippers, schippers-ghezellen, krijgsliuden...”.

ONGEVALLENVERZEKERING VAN HET SCHEEPSVOLK

Ter illustratie van de ontwikkeling, die de ongevallenverzekering van het scheepsvolk in de 18e eeuw gekregen had, ontleen ik zonder commentaar het volgende aan de gewijzigde ordonnantie op de scheepvaart, van 29 Januari 1754 (Amsterdam).

5. Wanneer iemand van de Schiplieden / gedurende de reyze in Scheepsdienst of Arbeid zig bezeerd / of gekwetst word / sal daar van geneezen worden op Scheepskosten/in deeser voegen/namentlijk, indien het mogt koomen te gebeuren / terwyl het Schip nog binnen deeze Landen is / of dat de beseerde of gequetste met het Schip binnen deeze Landen arriveert / zoo zal dezelve door den Schipper of den Boekhouder van 't Schip besteed worden in het Verbandhuys / in het Gasthuys deser Steede ¹⁾ ten einde beseerde of gekwetste Persoonen behoorlyk sullen kunnen werden hersteld / en sal voor ieder Persoon door den Schipper of deszelfs Boekhouder werden betaald drie gulden per Week. En zal den Schipman / dewelke als vooren is gemeld / bezeerd of gekwetst word / eer het Schip uyt deeze Landen is vertrokken / indien hy by de maand is aangenomen / trekken twee Maanden Gagie / booven het geene hy mogt ontfangen hebben en by de reyze vaarende / sal hy behouden de halve huur hem op hand betaald / maar by aldien het is gebeurd / eer hij zyn halve huur heeft ontfangen / sal hy genieten een vierde van syn bedongen huur: dog thys komende / sal hy geneezen worden als vooren / en Gagie trekken / tot soo lange / als het Scheepsvolk voor die reyze word afgedankt.

6. Maar by aldien het gebeurde buyten 's Lands / en de Schipman aan Scheepsboord niet konde geneezen worden / zo zal alzulken bezeerden of gekwetsten door den Schipper aan Land worden onderhouden en geneezen / en zullen de kosten / zo wegens het onderhoud / als de geneezing zyn voor Reekening van den Schepe / en zal den bezeerde of gekwetste Schipman / Gagie trekken / indien het Schip direct zeyld na deeze Stad / tot soo lange als de Reyze zal zeyn afgelegd / en het Volk afgedankt: Maar indien het Schip niet direct na deze Stad retourneerd / maar na een andere plaats is gedestineerd / zal hy Gagie trekken / tot 'er tyd / dat het Schip zal zyn gearriveerd op zyn eerste losplaats: en zal daar en boven den Schipman moeten worden betaald voor zyn Transport op hier / zo veel als Commissarissen van de Zeezaaken naar de afgeleegenheid der plaats / en de omstandigheeden / sullen oordeelen te behooren.

1) „Hetwelk door myne Heeren van den Gerechte, opdat de Zeevaarende Luyden beeter sullen kunnen werden geneezen, werd gepermitteerd”. — (1e Vervolg van de Handvesten, enz. van Amsterdam, MDCCCLV).

7. Doch by aldien de Schiplieden gedurende de reyze buyten 's Lands met siekte of krankheid / natuurlijk en van selfs aangekomen worden overvallen / en den Schipman aan Scheepsboord niet konde gehouden worden / soo sal alsulken kranken Schipman voor den Schipper aan Land onderhouden worden / ten kosten van den Scheepe / en sal den kranken Schipman Gagie trekken / en Transport / soo als vooren Art. 6 van den beseerden of gekwetsten staat gemeld.

8. Alle Schippers zullen voor hun Schip by ieder Monstering / ten behoeve van de Zeevaarende / geeven of betaalen / als volgt:

Alle Scheepen vaarende na

De Westindien	f 10.—
Groenland en Straat Davids	„ 10.—
De Middellandsche Zee	„ 5.—
Engeland (Schotland) Ierland en	
Vrankryk	f 2.—
Spanjen / Portugal	„ 3.—
De Oost-Zee	„ 2.—
Noorweegen	„ 1.—

En ten aanzien der plaatsen / welke alhier niet zyn genoemd / zullen de Schippers sig moeten reguleeren / na de Plaatsen in desen gemeld / die het naasten by zyn leggende / en sal aan de Schippers een quitantie door den Waterschout of desselfs Dienaars gegeeven worden / ten einde behoorlyk sal kunnen blyken / dat deselve hebben gegeeven of betaald / gelyk meede alle Zeevaarende Luyden / by ieder Monstering sullen gehouden syn / ieder naar desselfs qualiteit ten behoeven van de Zeevaarende in de Bos te geven: Alle welke Penningen door Commissarissen van de Zee-zaaken sullen worden ge-employeert / so als hier na Art. 9 staat gemeld.

9. Indien iemand van de Schiplieden gedurende de Reyse in de Scheepsdienst of Arbeid verminkt word / sal de selve daar voor van den Schipper of het Schip niets kunnen praetendeeren; maar sal den selven door Commissarissen van de Zeezaaken (uyt de Penningen gemeld hiervooren Art. 8) gegeven worden als volgd:

10. Voor het verliezen van beide de Oogen	f 1000.—
Een Oog	„ 200.—
Beide de Armen	„ 1000.—
Een Arm	„ 350.—
Beide de Handen	„ 1000.—
Een Hand	„ 300.—
Beide de Beenen	„ 600.—
Een Been	„ 250.—
Beide de Voeten	„ 300.—
Een Voet	„ 200.—

En ten opzigten van andere lichtere of swaardere Accidenten / ter arbitrasie van Commissarissen van de Zee-Zaaken / zo als dezelve na de omstandigheid der zaken zullen oordeelen te behooren.

11. Dog indien eenig Schipper zal nalaten te geven en te betalen / zooals Art. 8 is bepaald / sal de pretentie van den verminkten Schipman komen ten lasten van het Schip / en indien de Scheeplieden in gebreken zyn gebleeven / naar hunne qualiteyt in de bos by ieder monstering te geeven / sullen dezelve voor de verminking niet trekken of genieten / wordende in dit bovenstaande Articul niet gesproken van verminkingen in de Defensie van Scheepen / of in 't doen van eenige salut / als moerende dezelve gedragen worden / als Avary grosse over Schip en Lading.

Ten slotte nog een hierbij aansluitend document uit de „zee-rooverswereld” (9) uit dienzelfden tijd.

Ook stellen ze eenige voorwaarden in geschrift die yder verbonden is na te komen / en door allen of wel de voornaamste onder hun ondertekend worden / hier word ordentelijk in ter neer gesteld hoeveel geld ze hoofd voor hoofd voor de Reys zullen hebben / als voor eerst hoeveel de Capitain zal hebben voor zijn Schip / ten tweeden het salaris van de Scheeps-Timmerman / 't welk gemeenlijk 100 of 150 stukken van agten komt te belopen. Dan het salaris van de Wondheeler en voor zijn Kist met geneesmiddelen / die gemeenlijk geschat wordt op 200 of 250 stukken / eyndelijk wat yder behoorden te hebben die of gewond of verlamd is of eenig Lid kwijt raakt / als / voor 't verlies van de regter arm 600 stukken van agten of 6 Slaven: voor de linkerarm 500 stukken van agten of 5 Slaven / voor 't rechterbeen 500 stukken van agten of 5 Slaven / voor 't linker been 400 stukken van agten of 4 Slaven / voor een oog 100 stukken van agten of 1 Slaaf / voor een vinger zoveel als voor een oog / Voor Provisie en Victualie rekenen ze doorgaans omtrent 200 stukken van agten / de Fonds daar deze betalinge uyt moet komen / is niet anders als hetgeen ze op deze togt zullen komen te veroveren / want andersints is onder dit Volk dezelfde Wet als onder andere Zee-Rovers / *geen prijs* geen betaling. Nadat nu deze zommen van de hoofdzom afgetrokken zijn / word het overschot onder hun regtmatic verdeeld / na de rang der personen / want de Capiteyn krijgt doorgaans ses maal zo veel als een gemeen Matroos / d'andere Bevelhebbers na proportie.

DE EERSTE SPOORWEGONGEVALLENVERZEKERING

De eigenlijke ontwikke'ng van de particuliere individueele ongevallenverzekering begon eerst, toen de kans op ongevallen niet zoozeer door de invoering van de stoommachine ¹⁾, als wel door intensivering van het verkeer als gevolg van de opening van de eerste spoorwegen belangrijk toenam.

De eerste werkelijk geslaagde Engelsche ongevallenverzekeringsmaatschappij was de "*Railway Passengers Insurance Com-*

1) GEORGES STEPHENSON (1825).

pany" (die nog steeds bestaat), opgericht 15 December 1848, 18 jaar na de opening van de eerste Engelsche spoorlijn van Liverpool naar Manchester.

De eerste Duitsche maatschappijen waren de „*Allgemeine Eisenbahn Versicherungs-Gesellschaft*” (de tegenwoordige *Victoria*¹⁾) en de „*Thuringia, Eisenbahn- und Allgemeine Rück-Versicherungs Bank*”²⁾ beide opgericht in 1853, ook 18 jaar na de opening van de eerste Duitsche spoorlijn van Neurenberg naar Fürth.

DE ONTWIKKELING IN AMERIKA

In Amerika dateert de eerste ontwikkeling van 1864—1867. Vele maatschappijen kwamen . . . en gingen. De bekende „*Travelers*” (1863) en de „*Casualty*” hielden het vol, maar populair was daar aanvankelijk deze vorm van verzekering niet. WALFORD (10) voorspelde echter reeds in 1868: “we predict for it nevertheless a steady and healthful growth”.

DUNHAM (11) wijst er terecht op, dat de Engelschen de Amerikanen op dit gebied voor geweest zijn. Het is JAMES BATTERSON uit Hartford geweest, die bij een bezoek aan Engeland in 1859 met de “tickets for insurance”³⁾ van de “*Railway Passengers*” kennis maakte en, bij terugkeer in de Vereenigde Staten, de „*Travelers*” stichtte. Toch had hij reeds een voorlooper gehad.

In 1850 was nl. in Massachusetts de *Franklin Health Assurance Comp.* geöctrooieerd. DUNHAM (11) drukt de eerste polis, die 25 Oct. 1850 zou zijn uitgegeven, af:

President
HON. SHERMAN LELAND, Judge of Probate
Vice President
Gen. H. A. S. DEARBORN, Mayor of the city of Roxbury
FRANKLIN HEALTH ASSURANCE COMPANY
OF MASSACHUSETTS
Capital \$ 50.000

Especially empowered to insure against accidents

“This policy of insurance witnesseth that, in consideration of

1) Zie *Victoria-Versicherung* 1853—1928; zij begon met de *persoonlijke* ongevallenverzekering eerst in 1882.

2) Zie „*75 Jahre Versicherungsgesellschaft Thuringia* 1928, direct in 1853 met de *persoonlijke* ongevallenverzekering begonnen.

3) Ter grootte van een spoorkaartje (prijs 1e klas 3 d., 2e kl. 2 d., 3e kl. 1 d., ongeacht den afstand) geldig voor één reis. Soortgelijke kaartjes in Duitschland later door *Victoria* en *Thuringia* ingevoerd.

15 cents, paid therefore the Franklin Health Assurance Company do assure the party, whose name with the time of purchase and delivery is endorsed hereon, for the term of 24 hours, from and after the date as endorsed, and promise to pay to the said party, or to the legal representatives of the said party the sum of two hundred dollars, provided the said party shall during the continuance of this policy, receive any *bodely injury* in consequence of an accident by a railroad or steamboat, and thereby be detained for the term of ten days; or is by such accident, caused by a railroad or steamboat, the said party shall be totally disabled from attending to any business for the term of two months next succeeding such accident and injury, this Company hereby agree and promise to pay, in lieu of the above named sum, the sum of four hundred dollars, payment to be made within thirty days after notice and proof are given to the company”.

(get.) STEPHEN BATES, Secretary.

Boston, July 1st 1850.

DE ONTWIKKELING IN ENGELAND

De publieke belangstelling voor ongevallen en ongevallenverzekering werd in Engeland in 1846 levendig, toen de “*Lord Campbell's Act*” (ook genaamd de “fatal accidents act”) een einde maakte aan de leer, dat de rechtsvordering uit hoofde van overkomen schade door schuld een zuiver persoonlijk karakter droeg („*actio personalis moritur cum persona*”).

Binnen een paar jaar werd een tiental ongevallenverzekeringsmaatschappijen opgericht, die alle begonnen met “*Railway*” (o.a. *Railway British and Foreign Life and Property Insurance, Railway Steam Vessel, Life and Casualty, Railway Life*). Op het lijstje van ANDRAS (12) komt de *Railway Passengers* als nummer 10 voor. Toch mag zij gerust als „de” pionier van de Engelsche ongevallenverzekering — alsmede van de Amerikaansche en continentale — gelden, omdat zij de eenige is, die het tot een zeer voorspoedige ontwikkeling bracht.

De eerste algemeene ongevallenpoliszen van de *Accidental Death Insurance Comp.* dateeren van 1850 of 1851.

De verdere ontwikkeling in Engeland hangt nauw samen met die van de industrie. Bij de “*Employers Liability Act*” van 1880 werd de primitieve aansprakelijkheid bij letsel door *schuld van den werkgever* (de zg. “theory of negligence”), zonder schuld van de zijde van den werknemer (“contributory negligence”) en met uitsluiting van de schuld van andere werknemers (“fellow servant rule”) vervangen door een socialer orientatie. De ge-

volgen van de nalatigheid van medearbeiders ("common employment") werden onder de aansprakelijkheid van den werkgever gebracht en het oude romeinsch- en kanoniekrechtelijke adagium „volenti non fit injuria" werd buiten werking gesteld (FRÄNKEL en DAWSON) (13).

Bij de "*Workman's Compensation Act* van 1897 werd ten slotte voor enkele bedrijven het *nalatigheidsbeginsel* (law of negligence) geheel vervangen door het *schadevergoedingsbeginsel* ("law of compensation"). Uit diezelfde dagen dateeren de tariefafspraken van de Engelsche ongevallenverzekeringsmaatschappijen.

In 1910 kwam, 40 jaar nadat de levensverzekering wettelijk geregeld was, de "*Insurance companies Act*" tot stand.

SNELLE ONTWIKKELING IN DRIE RICHTINGEN

Geleidelijk ontwikkelde zich het ongevallenverzekeringsbedrijf in alle landen in drie richtingen:

1e. breidden spoedig alle „spoorwegongelukkenverzekeringsmaatschappijen" hun werkkring uit tot *alle* ongelukken.

2e. breidden tal van brand-, transport- en levensverzekeringsmaatschappijen hun arbeidsveld ook daartoe uit.

3e. wierpen al deze verzekeringsmaatschappijen zich op de collectieve en op de wettelijke aansprakelijkheidsverzekering.

Alleen in Frankrijk is de afzonderlijke aansprakelijkheidsverzekering aan de persoonlijke ongevallenverzekering vooraf gegaan. De „*Automédon*" (1825), verzekerde bezitters van paarden en wagens tegen de aansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen („assurance contres les accidents de chevaux et voitures").

De eerste Fransche algemeene ongevallenverzekeringsmaatschappij was de „*Securité Générale*", (1865).

UITBREIDING VAN DE WETTELIJKE AANSPRAKELIJKHEID VAN DE WERKGEVERS

Een nieuwe phase brak aan, toen in verschillende landen de *aansprakelijkheid van den werkgever* voor bedrijfsongevallen werd uitgebreid, hetzij bij de wet, hetzij bij overeenkomst. Zij beperkte zich aanvankelijk tot de ongevallen, waaraan hij schuld had (cf. Code Civil art. 1382 e.v., BW. 1401 e.v.), een schuld, die maar al te vaak moeilijk te bewijzen was.

Zij werd in Duitschland belangrijk uitgebreid door de „*Reichs-Haftpflicht-Gesetz*" van 5 Juli 1871,

„betreffend die Verbindlichkeit zum Schadenersatz für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken, usw herbeigeführten Tötungen und Körperverletzungen“.

Deze wet breidde de aansprakelijkheid van den werkgever voor verschillende bedrijven in verschillende mate uit, keerde bijv. den bewijslast voor spoorwegongelukken om ¹⁾. Zij maakte, dat de behoefte aan dekking van het verhoogde risico door de ondernemers in toenemende mate gevoeld werd, mede omdat zij voorschreef, dat van de den getroffen toekomende schadevergoeding uitkeeringen van een verzekeringsinstelling mochten worden afgetrokken, wanneer de ondernemers tenminste $\frac{1}{3}$ e van de premie betaalde. Van het daardoor tot bloei komen van het „Haftpflichtversicherungswesen“ profiteerde de particuliere ongevallenverzekering.

In sommige bedrijven werden specifieke „bedrijfsverenigingen voor ongevallenverzekering“ opgericht. Ook sloten meer sociaal voelende ondernemers collectieve ongevallenverzekeringen voor hun personeel af, of droegen een deel van de premie der door het personeel zelf afgesloten collectieve verzekering,

UITBREIDING VAN WERKGEVERS-AANSPRAKELIJKHEID BIJ OVEREENKOMST.

De aansprakelijkheid van den werkgever werd hier en daar ook bij overeenkomst uitgebreid:

- a. sociaal-voelende *werkgevers* verbonden zich bij arbeidsovereenkomst hun personeel tegen bepaalde risico's te verzekeren; zij sloten daartoe collectieve contracten ²⁾,
- b. *publiekrechtelijke lichamen* stipuleerden bij aanbestedingen verzekering van het werkvolk tegen ongevallen.

Ook in ons land werd reeds vóór de invoering van de ongevallenwet 1901 een dergelijke verzekeringsclausule in de aanbestedingsvoorwaarden van rijk en gemeenten aangetroffen. ³⁾

In deze phase zien we geleidelijk de ongevallenverzekeringsmaatschappijen een groote „Haftpflichtversicherungs“-porte-

1) Voortaan moest de Spoorwegmaatschappij „höhere Gewalt“ en „eigenes Verschulden“ van den getroffen bewijzen.

2) Cf. MULDER, De rechten der arbeiders bij collectieve verzekering tegen ongelukken, Acad. proefs. 1895; contractpolis, zie MOLENGRAAFF(23) blz. 844—845.

3) Beding ten behoeve der werklieden; Rb. Almelo 8 Jan. 1902, W 7824.

feuille krijgen. In vergelijking daarmede was de omvang van de particuliere ongevallenverzekeringportefeuille voorloopig maar klein.

DE OPKOMST VAN DE SOCIALE ONGEVALLENWETTEN.

De derde phase werd ingeluid door de opkomst van de sociale verzekeringsgedachte. Als zoodanig kan men met recht de Keizerlijke boodschap van 17 November 1881 bestempelen. waarin het heet — de woorden zijn van BISMARCK afkomstig —

„die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschliesslich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmässig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen“.

Als doel werd aangegeven:

„dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen grössere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben“,

te waarborgen (KASKEL) (14).

Zoo kwamen in Duitschland (1884—1889) vijf sociale ongevallenverzekeringswetten ¹⁾ tot stand, behelzende een verplichte verzekering, uitgevoerd door „bedrijfsverenigingen“ (Berufsgenossenschaften), met publiekrechtelijk karakter (QUENTIN) (15).

Alle beschaafde landen volgden: 1887 Oostenrijk, 1894 Noorwegen, 1895 Finland, 1897 Engeland, 1898 Frankrijk en Italië, 1899 Zwitserland, 1900 Spanje, Nieuw-Zeeland en Zuid-Australië, 1901 Nederland, Zweden en Griekenland, 1903 Rusland, Denemarken en België, enz.

DE BETEKENIS VAN DE SOCIALE VERZEKERING VOOR DE ONTWIKKELING VAN DE PARTICULIERE

De invoering van een sociale ongevallenwet . . . betekende veelal de vernietiging van een belangrijk deel van de „Haftplichtversicherungs“-portefeuille.

Als regel wierpen de desbetreffende maatschappijen zich dan met des te meer ijver op de particuliere ongevallenverzekering.

Deze nieuwe phase begint in de verschillende landen op een verschillend tijdstip, al naar de invoering van de desbetreffende wet. Ook maakte het uiteraard verschil of de wet risico-overdracht aan particuliere verzekeringsmaatschappijen toeliet.

1) Thans maken deze als „III Buch“ deel uit van de „Reichsversicherungsordnung“ (van 19 Juni 1911).

Zoo liet de Fransche wet van 9 April 1898 „concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes” de bedrijven vrij hun risico over te dragen aan particuliere verzekeringsmaatschappijen.

Zweden en België volgden het Fransche voorbeeld, terwijl men in ons land tot dusver, ondanks risico-overdracht, slechts staatsmonopolie kent.

„EINHEITSBESTREBUNGEN” EN SAMENWERKING

Een volgende phase is te onderkennen in die landen, waar òf door samenwerking van toonaangevende verzekeringsmaatschappijen òf door wettelijke voorschriften (of door beide) stappen gedaan werden in de richting van unificatie.

„Het” land van dergelijke „Einheitsbestrebungen” is Duitschland. (Zie voor Amerika blz. 86)

Reeds in 1886 sloten een 30-tal maatschappijen een „Abkommen” met de Duitsche „Ärztevereinsbund” over „Attesthonorare”. In 1890 werd, als onderlinge herverzekering van uitzonderlijke risico’s het, „Unfall-Katastrophen-Verband” (herzien in 1911) gesloten.

In 1891 kwam bij wijze van „zwarte lijst” het „Mitteilungs-Verband” tot stand (wederkeerige mededeeling van „bedenklich erkannter Einzel-Unfall-Risiken”).

In 1892 werd met het oog op de te Chicago te houden wereltentoonstelling, het „Chicago-(Versicherungs)-Verband opgericht ¹⁾.

Dit Verband werd na de wereltentoonstelling omgezet in een Middeleuropeesch „Seereise-Unfall-Versicherungs-Verband”, dat in 1923 het slachtoffer van de inflatie is geworden.

Teneinde aan de, door stijgende concurrentie en dalende premietendens dreigende, gevaren voor de rentabiliteit paal en perk te stellen kwam in 1901 het eerste „Unfall-Versicherungs-Verband” tot stand, in 1904 als eerste „Unfallsyndikat” of „Preiskartell” gevolgd door „Tarifvereinigung zur Einzel-Unfall-Versicherung”.

Deze laatste werd spoedig gecombineerd met een „Tarif-

1) Dit verband telde naast 31 Duitsche, 5 Zwitsersche, 9 Fransche, 5 Oostenrijksch-Hongaarsche, 4 Scandinaafsche, 2 Belgische, 1 Engelsche, 1 Russische, 1 Italiaansche ook één Nederlandsche (Eerste Nederlandsche) Maatschappij (17).

Vereinigung für Haftpflicht-Versicherung"; beide hadden „die Pflege freundschaftlicher Wettbewerbsgrundsätze" ten doel.

In 1910 sliep dit verband in, om in 1920 te herleven als „*Tarifvereinigung der Unfall-Versicherung*"¹⁾.

Ten slotte wil ik nog het *Luftkonzern* 1920, de *Luftpool* 1924 en het „*Verband öffentlicher Unfall- und Haftpflichtversicherungsanstalten in Deutschland*" van 1926 noemen, om een denkbeeld te geven van de groote activiteit en vruchtbaarheid van de Duitsche „*Einheitsbestrebungen*".²⁾

DE DUITSCHE „VERSICHERUNGS-AUFSICHT"- EN „VERSICHERUNGS-VERTRAGS-GESETZ"

Deze ontwikkeling werd bevorderd door de Duitsche wetgeving: „*Reichs-Haftpflichtgesetz*" (1871), „*Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen*" (1901) en „*Gesetz über den Versicherungsvertrag*" (1908).

Een van de rijpe vruchten van deze wetgeving is de tot standkoming van ambtelijke model-verzekeringsvoorwaarden geweest, die weliswaar niet verplichtend zijn, maar waarvan de inhoud vast staat en die dan ook algemeen gevolgd worden³⁾.

Het staatstoezicht heeft in Duitsland belangrijk bijgedragen tot beperking van het aantal ongevallenverzekeringsmaatschappijen. In 1925 werkten er slechts 32 (26 Duitsche en 6 buitenlandsche, waaronder 12 naamlooze vennootschappen, 19 wederkeerige waarborgmaatschappijen en 2 andere instellingen).

In ons kleine land zijn op dit terrein driemaal zooveel maatschappijen en maatschappijtjes werkzaam (19).

Origineel waren het staatstoezicht in Duitsland en de wet van 1901 niet: daaraan was de Zwitsersche „*Bundesgesetz zur Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens*" (1885) voorafgegaan. Ook de Zwitsersche „*Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*" van 2 April 1908

1) De algemeene verzekeringsvoorwaarden van deze vereeniging, goedgekeurd door het Reichsaufsichtamt, zullen wij nader leeren kennen als een voortreffelijke codificatie van de tegenwoordig vrijwel uniforme Duitsche ongevallenverzekeringsvoorwaarden (zie bijlage 1 van deze verhandeling).

2) 25 Jahre Unfall-Versicherungs-Verband, 1900—1925.

3) Zoo algemeen, dat de polissen van de meeste Duitsche verzekeringsmaatschappijen voor ongevallen plegen te bestaan uit een omslag, waarin een exemplaar van de ambtelijke modelvoorwaarden bevestigd is.

was de Duitsche wet van 30 Mei 1908 juist even voor geweest.

Terecht wordt er in het *Winterthur-jubileumboek* (20), op gewezen, dat wettelijke voorschriften leiden tot vereenvoudiging en verduidelijking van de wederkeerige rechtsbetrekkingen tusschen verzekeraar en verzekerde.

De Oostenrijksche wet op de verzekeringsovereenkomst, met als rijpe vrucht eigen Oostenrijksche ambtelijke modelverzekeringsvoorwaarden (zie bijlage 2) verdient eveneens vermelding.

DE GESCHIEDENIS VAN DE NEDERLANDSCHE ONGEVALLLEN- VERZEKERING

Opzettelijk heb ik eerst in groote lijnen de „internationale” geschiedenis geschetst: in groote lijnen is vrijwel overal de ontwikkeling gelijksoortig geweest.

In 1894 waren in ons land pas vier verzekeringsmaatschappijen, die ook aan ongevallenverzekering (21) deden:

1. De „*Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het Leven, tegen Invaliditeit en Ongelukken*”, in 1882 onder directie van GOEMAN BORGESIUS en Jhr. SIX opgericht. Onder de commissarissen telde men niemand minder dan PATIJN, HARTOGH en CREMER en van ZINNICO BERGMANN). Als dochtermaatschappij kwam daaruit in 1902 de „*Nieuwe Eerste Nederlandsche*” voort.
2. De „*Algemeene Verzekeringsmaatschappij de Philanthroop*” te Bolsward, in 1885 opgericht als „*Onderlinge Verzekering-Maatschappij bij besmettelijke ziekten*”, in 1890 met levensverzekering en in 1896 met ongelukken en invaliditeit begonnen. Zij is eerst kort geleden — 1937 — een dochter-instelling geworden van de *Eerste Rotterdamsche*.
3. De „*Onderlinge Verzekering-Maatschappij tegen de geldelijke gevolgen van Ongelukken*”, 30 April 1892 bij acte opgericht en koninklijk goedgekeurd 5 April 1892, Stbl. 38. Deze heeft in 1901 de portefeuille overgedragen aan de toen opgerichte „*Verzekerings- en herverzekeringsbank Nova*”, die in 1906 samensmolt met de *Nieuwe Eerste Nederlandsche*.
4. De „*Amsterdamsche Maatschappij van Verzekering op het Leven tegen Ongevallen en Invaliditeit*”, in 1892 opgericht en waaruit in 1912 als dochter-maatschappij de tegenwoordige „*Amsterdamsche Maatschappij van Ongevallenverzekering*” voortkwam.

Volgens WILLERING (3) waren er in 1900 15, in 1910 26, in 1920 62, waarvan geen enkele zich uitsluitend met de persoonlijke ongevallenverzekering bezig hield. Thans zijn er ongeveer 100 (v. DOORNEWAARD) (19).

Groeten invloed had de voorbereiding en de invoering van de industriële ongevallenwet (1901).

Een groot deel van de portefeuille van door werkgevers aangegane collectieve of door werklieden geslotene persoonlijke contracten dreigde verloren te gaan, indien men er niet in slaagde bij de risico-overdracht te worden betrokken. De wetgever opende ten slotte de mogelijkheid van inschakeling van particuliere verzekeringsmaatschappijen.

Naast combinaties van werkgevers (Bond van Schilderspatroons en Centrale Werkgevers-Risico-Bank) nemen thans nog slechts de 1e *Rotterdamsche Maatschappij van verzekering tegen Ongevallen* (de dochter-maatschappij van de *Nationale Levensverzekeringbank N.V.*), *Fatum* (dochter-maatschappij van de levensverzekeringsmaatschappij „*De Nederlanden van 1845*”) en de verzekeringbank „*De Nieuwe Eerste Nederlandsche*” (dochter-maatschappij van de *Eerste Nederlandsche Verzekeringmaatschappij op het leven en tegen invaliditeit N.V.*) deel aan die overdracht.

Uiteraard kan ik hier noch de geschiedenis van de ongevallenwet 1901—1921, noch van de land- en tuinbouwongevallenwet 1921, noch van de risico-overdracht bij de eerste en de ontwikkeling van de uitvoering door bedrijfsverenigingen van de tweede, schilderen. Zij zijn overigens genoegzaam bekend.

De schade, die de sociale ongevallenverzekering aanvankelijk aan de particuliere verzekeringsmaatschappijen toebracht, werd spoedig ingehaald.

De wet van 22 December 1922, Stbl. 716 tot regeling van het levensverzekeringsbedrijf, is indirect in twee opzichten voor het ongevallenverzekeringsbedrijf van groote beteekenis geweest:

1. deze wet verbiedt maatschappijen voor levensverzekering andere bedrijven als levensverzekering uit te voeren. Alle gecombineerde levens- en ongevallenverzekeringsmaatschappijen moesten dus hun bedrijven splitsen. Sommige deden hun levensverzekeringsportefeuille over, andere richtten dochter-maatschappijen voor ongevallen op of liquideerden hun ongevallenportefeuille.

2. bij de uitvoering van deze wet bleek hoe nuttig het staats-toezicht op het verzekeringsbedrijf kon werken en hoe noodig het was om groote belangen, bij wanbeheer bedreigd, te beveiligen. Onder de bedrijven door zijn ook in ons land wel pogingen tot georganiseerde samenwerking tusschen de grootere ongeval-lenverzekeringsmaatschappijen ondernomen; geslaagd zijn zij niet. Dit feit vindt zijn afspiegeling genoegzaam in den chaos met betrekking tot de omschrijving van het risico en de regeling van de schade. Weinig Nederlandsche ongevallenpolissen benaderen structureel het peil van de Duitsche ambtelijke model-verzekeringsvoorwaarden.

DE TOEKOMST VAN DE PARTICULIERE ONGEVALLLEN- VERZEKERING

Meer dan het *verleden* heeft het *heden* mijn aandacht gehad: bij de bespreking van de beide groote groepen van vraagstukken, die het huidige Nederlandsche particuliere ongevallenverzeke-ringsrecht beheerschen — risico-omschrijving en schaderegeling — heb ik mij zooveel mogelijk tot de ontleding van het bestaande beperkt en slechts nu en dan voorzichtig wegen van toekomstige ontwikkeling trachten te wijzen.

De *toekomst* van ongevallenverzekeringswezen en ongevallen-verzekeringsrecht liet ik terzijde. Daartoe was ik mij te zeer be-wust van de beteekenis, die de „Umwertung aller Werten”, die wij op oeconomisch-politiek en eigenlijk toch ook op juridiek gebied beleven, voor de toekomstige ontwikkeling van het ver-zekeringswezen en vooral van het verzekeringsrecht wel eens zou kunnen hebben.

Ongetwijfeld heeft DONATI (16) gelijk, als hij uitvoerig betoogt, hoe verschillend de plaats, de ontwikkeling en de vorm van het verzekeringswezen in den communistischen, staats-socialis-tischen of corporatieven staat zal zijn, vergeleken bij de huidige in staten op kapitalistischen (juister wellicht liberaal-individualis-tischen) grondslag. Mochten ooit fundamenteen van de tegenwoordige samenleving en van de daarmede innig verbonden levens- en rechtsverhoudingen wegvallen en o.a. begrippen als eigendom, contractsvrijheid, particulier initiatief verdwijnen of van inhoud veranderen en bijv. monopolie of corporatieve normen het oeconomisch- en rechtsleven gaan beheerschen, dan zal ook de tegenwoordige phase van de ontwikkeling van de particuliere ongevallenverzekering wel tijdelijk of blijvend worden afgesloten.

HOOFDSTUK II

ENKELE OPMERKINGEN OVER HET WEZEN VAN DE PARTICULIERE ONGEVALLENVERZEKERING

SOMMEN- OF SCHADE-VERZEKERING?

De schrijvers rekenen algemeen de ongevallenverzekering tot de sommenverzekering.

VÖLLMAR (22) noemt haar zelfs als „het specimen” van de on-eigenlijke, personen- of sommenverzekering.

Ook MOLENGRAAFF (23) behandelt haar onder het hoofdstuk „sommenverzekering” en geeft als definitie:

„de verzekering eener vastgestelde uitkeering, ingeval een ongeval of ongeluk den persoon van den verzekerde treft”. (blz. 934).

Maar niettemin laat hij er op volgen:

„De verzekering tegen ongelukken kan voorkomen als schade-verzekering, doch is in den regel een sommenverzekering”. (blz. 935).

Ofschoon het niet mijn bedoeling is dit vraagstuk en het standpunt van den Hoogen Raad ¹⁾ nopens de draagkracht van artikel 284 K, uitvoerig te behandelen, wil ik toch kort mijn meening formuleeren.

CRITERIA TER ONDERKENNING VAN SOMMEN- EN SCHADEVERZEKERING

De gebruikelijke criteria ter onderkenning van sommen- en schadeverzekering zijn:

1. het al dan niet bepaald zijn van de uitkeering door de werkelijk geleden schade;
2. het al dan niet op geld waardeerbaar zijn van de schade.

Deze criteria, wellicht zeer geschikt voor de karakteriseering van de verhoudingen op het gebied van de levensverzekering, zijn niet bruikbaar op het terrein van de ongevallenverzekering.

¹⁾ H.R. 31 Dec. 1931, W. 12401 (ann. S.B.), N.J. 1932, 419 (ann. E.M.M.); zie ook Rb. Utrecht 14 Dec. 1910, W. 9149, Rb. A'dam 8 Jan. 1926, W. 10505, Rb. Arnhem 3 Nov. 1927, W. 11745, Ktg. den Haag 28 Juli 1926, W. 11579, cf. DORHOUT MEES (55) blz. 286.

Immers niets draagt zoozeer bij den mensch het kenmerk van „vermogensbestanddeel” als juist de anatomische en functioneele ongereptheid van zijn lichaam en van zijn geest.

Zij vormen samen het substraat van zijn geestelijke en lichamelijke vermogens, die op hun beurt 's menschen geschiktheid tot arbeiden, tot deelneming aan het maatschappelijk en oeconomisch leven bepalen.

Men behoeft geen Amerikaan te zijn om de oeconomische beteekenis van die ongereptheid scherp te accentueeren. Wel misschien om met DUBLIN (24) uit te rekenen, dat

“The elimination of accidents would add more than a year to the average expectation of life” (blz. 15);

“senility is considerably less important than accidents as a cause of old-age mortality” (blz. 159).

Ik laat in het midden of een en ander juist is.

HET SCHADEKARAKTER VAN DE ONGEVALSGEVOLGEN

Bij de ongevalsgevolgen staan veelszins de rechtstreeksche oeconomische nadeelen, aan gezondheid en arbeidsvermogen toegebracht, zoo zeer op den voorgrond, dat het juist de compensatie van de bij ongeval te verwachten tijdelijke of blijvende invaliditeit, annex loonderving, is, die bij het sluiten van een ongevallenverzekeringsovereenkomst wordt nagestreefd. Ik zou dan ook liever willen beginnen de stelling van MOLENGRAAFF (23) om te keeren:

De ongevallenverzekering kan voorkomen als sommenverzekering, doch is in den regel een schadeverzekering.

VÖLLMAR (22) komt mij in deze richting reeds een geheel eind tegemoet, als hij schrijft:

„Dit soort verzekering (nl. levens- en ongevallenverzekering) wijkt in een belangrijk opzicht van de schadeverzekering af en wel in zooverre het verband tusschen schade en het door den verzekerde c.q. te incasseeren bedrag óf niet bestaat óf zooveel minder spreekt” (blz. 333);

Deze schrijver stelt dus het verschil aanstonds betrekkelijk voor en werkt dat nader als volgt uit:

„wie tengevolge van een spoorwegongeval invalide wordt en krachtens een gesloten assurantieovereenkomst een aanzienlijk bedrag beurt, kan daardoor in een financieele positie komen, die veel beter is dan die, waarin hij, ongedeerd zijnde, verkeerde” (blz. 333).

Herinnerend aan het wettelijk vereischte „belang” bij schadeverzekering, wijst VÖLLMAR dan op de mindere veeleischendheid van de wet te dien aanzien bij de levensverzekering. Maar hij voegt er onmiddellijk aan toe:

„Men bedenkt, dat ondanks deze vrijheid in de praktijk het belang wel degelijk een voorname rol speelt”.

„Ook het bedrag, waarvoor men een ongevallenverzekering sluit, zal toch bijkans steeds worden vastgesteld, in eenig verband met, althans niet hooger dan het gebrek aan inkomsten, dat de eventuele invaliditeit ten gevolge zal hebben. Verschillende ongevallenverzekeringsmaatschappijen stellen trouwens zelf deze grens in haar polissen” (blz. 333).

Inderdaad dragen, voor zoover invaliditeitsverzekering, de meeste polissen kennelijk het karakter van schadecontract.

SCHIJBARE SOMMENVERZEKERING

Niettemin zijn er ongevalspolissen, die het karakter dragen van een al dan niet geoorloofde sommenverzekering.

Slechts *schijnbaar* is dat karakter bij de vele „getaxeerde” ongevalspolissen, waarin voor bepaalde letsels vaste invaliditeitsgraden zijn aangenomen. Dit z.g. „Gliedertaxe”-stelsel wordt in hoofdstuk VII nader gezien.

De verzekeringsrechtelijke en verzekeringstechnische voordelen van een dergelijke „vaste schadetaxatie” kunnen het feit niet uitwisschen, dat daardoor de eisch van het belang meer gerelativeerd wordt dan wenschelijk *kan* zijn of principiëel verdedigbaar *kan* zijn. Maar dat is evenzeer het geval bij de zuivere schadeverzekering, waarbij het stelsel van vaste taxaties evenzeer bestaat.

Intusschen wordt juist in polissen met op deze wijze gefixeerde uitkeeringen overigens volledig vastgehouden aan den eisch, dat de uitkeering evenredig behoort te zijn aan de mate van invaliditeit. Zoo wordt een dergelijke „Gliedertaxe” als regel besloten met een clause van den navolgenden aard:

„Kan de graad der invaliditeit volgens het bovenstaande niet worden bepaald, dan wordt bij de vaststelling daarvan in aanmerking genomen, in hoeverre de verzekerde blijvend buiten staat is in zijn levensonderhoud te voorzien door middel van werkzaamheden, welke met zijn krachten en bekwaamheden overeenkomen” (BLOMA).

Hier gaat dus slechts op grond van practische overwegingen

een deel van de evenredigheid tusschen schade en uitkeering, verloren.

Namelijk voor zoover het bijzondere beroep van den verzekerde medebrengt, dat zijn *concrete* invaliditeit afwijkt van de *abstracte*, juister wellicht *gestandaardiseerde* invaliditeitsschatting van de „Gliedertaxe”.

Er zijn ook polissen, waarin dit verband niet alleen in de Gliedertaxe zelf verzwakt is, maar ook de slotclausule eliminatie van den beroepsfactor eischt. Zoo bijv.:

„In alle andere gevallen van levenslange gedeeltelijke ongeschiktheid is het percentage, met inachtneming van bovenstaande schaal, evenredig aan den omvang der ongeschiktheid. Met het beroep van den verzekerde wordt daarbij geen rekening gehouden” (ER).

Van principiëlen aard is het verschil niet. In het eene geval vormt de „Gliedertaxe” een zekere inbreuk op den zuiveren „*evenredigheidseisch*”. In het andere geval is die eisch geheel door het „*standaardisatiebeginsel*” vervangen. Maar wat gestandaardiseerd wordt, verliest daardoor zijn schadekarakter niet.

WERKELIJKE SOMMENVERZEKERING

Werkelijke afwijkingen van het schadeverzekeringskarakter zijn in twee richtingen mogelijk:

1. door de mogelijkheid zich bij tijdelijke en blijvende invaliditeit een veel hogere uitkeering te verzekeren, dan met de *werkelijke schade* (loonderving, kosten voor geneeskundige behandeling en ziekenhuisverpleging, enz.) overeenkomt;

2. door het feit, dat als regel de verzekering der schade door blijvende of tijdelijke invaliditeit gekoppeld is aan een *uitkeering bij overlijden* (door zoodanig ongeval). We hebben dan tevens met een „levensverzekering” te maken.

ad 1. De overeenkomst kan slechts rekening houden met een beperkt aantal, den omvang van de toekomstige schade bepalende, factoren (maatschappelijken welstand van den verzekerde op het oogenblik van het afsluiten van de overeenkomst).

Die omstandigheden van den verzekerde — denk aan loonpeil en levensstandaard — kunnen zich snel wijzigen.

De behoefte de *werkelijke schade* te standaardiseeren, vloeit dus voort uit het feit, dat die schade bepaald wordt door tal van te voren niet te beoordeelen factoren en zelfs veelal ten tijde

van de schade moeilijk in maat en getal uit te drukken waarden.

PERSONENVERZEKERING NIET IDENTIEK MET SOMMEN-
VERZEKERING

Dit alles heeft evenwel minder te maken met de vraag „*schade- of sommenverzekering*” (indeeling volgens *prestatie*) dan wel met de vraag „*zaken- of personenverzekering*” (indeeling volgens *object*). Men zal goed doen noch zakenverzekering met schadeverzekering, noch personenverzekering met sommenverzekering te identificeren.

Zoodra het gevaarsobject geen levenloos voorwerp, maar een levend wezen en vooral een menschelijk wezen, een individu, is, belemmeren de verscheidenheid en de wisselvalligheid van de schadebepalende factoren een bevredigende taxatie en van het *risico* en van de *schade*. Ook in dit opzicht had het oude adagium „*liberum corpus nullam recipit aestimationem*”¹⁾ een zeer reeëlen achtergrond. Maar het was niet minder reeël, dat men dit ten opzichte van den vrijen mensch, juist op grond van diens individualiteit, aangenomen standpunt, niet handhaafde ten aanzien van den slaaf²⁾, die geacht werd geen individualiteit te bezitten en slechts een oeconomische waarde te vertegenwoordigen. Toch heeft de vrije mensch behalve een individualiteit zonder twijfel een oeconomische waarde, waaraan op geld waardeerbare schade kan worden toegebracht, die men door verzekering kan dekken.

MOEILIJKEID DE SCHADE BIJ DEN MENSCH TE
BEPALEN

De voornaamste moeilijkheid bij de personenverzekering is echter niet het *bezit van individualiteit en van oeconomische waarde* door den verzekerde, maar de *bezwaarlijkheid van de schade-taxatie*. Wanneer men door *fixatie* van die schade deze moeilijkheid uit den weg ruimt, verliest daardoor naar mijn meening de verzekering het karakter van schadeverzekering niet.

Een en ander verklaart het doolhof van beperkende bepalingen, van de ongevalspolissen met betrekking tot den omvang van het verzekerde risico (zie hoofdstuk III—V). En voorts het streven de uitkeering te fixeeren en te standaardiseeren (zie hoofdstuk VII).

1) Gaius: L. 7. D. 9,3.

2) Actio legis Aquiliaewegens damnum injuria datum.

Het verklaart tevens het streven van tal van verzekerden zich, als hun finantieële draagkracht het toelaat, „ruim” te verzekeren. Zij zullen met name ook rekening houden met de mogelijkheid van stijging van loon- en levensstandaard, aangezien het bij dezen vorm van verzekering ongebruikelijk is regelmatig het verzekerde bedrag te herzien, zoodra de oeconomische waarde van de arbeidskracht van den verzekerde en de oeconomische waarde van de ongereptheid van zijn lichaam wijziging mochten hebben ondergaan.

Ik zie hierin wel een bij uitstek *practisch* verschil tusschen de *zaken-* en *personenverzekering*, maar geen *theoretisch* verschil tusschen de *schade-* en *sommenverzekering*.

Eerst wanneer de afstand tusschen verwachte schade en verzekerde som zóó groot wordt, dat welbewust de eisch van het belang geschonden wordt en de verzekering een speculatief karakter krijgt, houdt het geoorloofde karakter dezer relatieve oververzekering op.

De verzekering wordt zodoende van schade- geen sommenverzekering, maar ongeoorloofde oververzekering. Daartegen waken in enkele polissen bepaalde clausules (zie hoofdstuk VII).

DE EISCH VAN HET BELANG EN DE SCHADEFIXATIE

Het staat met de schadefixatie bij *ongeval* als met de schadefixatie bij *wanprestatie*, zooals we die o.a. kennen bij het boetebeding (BW 1285 jo 1340): ook daar houdt de schade niet op schade te zijn door een fixatie, waaraan hetzelfde motief ten grondslag ligt (moeilijkheid der taxatie, enz. zie VAN BRAKEL (25) 72 e.v.).

Wordt dit standpunt als juist aanvaard, dan moet strenger dan tot dusver de *eisch van het belang* — die zooals VÖLLMAR (22) terecht opmerkt „als een roode draad door het geheele verzekeringsrecht loopt” — op het terrein van de ongevallenverzekering worden gehandhaafd.

Dan rijst ook hier het bij de personen-verzekering inderdaad theoretisch en praktisch bij uitstek moeilijke probleem van de verzekerde en verzekerbare waarde (STAR BUSMANN (26)).

Naast de toepasselijkheid van 274 K vraagt hier de mogelijkheid eener „getaxeerde” (ongevallen)polis op den grondslag van 275 K de aandacht. Ook in die richting biedt het onderwerp perspectieven, die belangrijkheid aan belangwekkendheid paren, maar gegeven het kader van deze verhandeling hier niet

verder kunnen worden uitgewerkt (zie ook blz. 64 e.v.).

DE UITKEERING BIJ OVERLIJDEN

ad 2. Vele ongevallenverzekeringen beoogen mede de uitbetaling van een bepaalde geldsom bij overlijden als gevolg van het sinister.

Toch zou het onjuist zijn reeds deswege op deze overeenkomsten het stempel „sommenverzekering” te drukken.

Beslissend is de mate van evenredigheid tusschen uitkeering en geleden schade. De som, uit te keeren bij overlijden, beoogt bovenal te zijn de gekapitaliseerde waarde van de gestandaardiseerde, gefixeerde schade („Abfindungsquote”).

MOLENGRAAFF (23), die de sommenverzekering niet als schadeverzekering wil zien, maar als „contrat de capitalisation aléatoire”, maakt wel melding van andere opvattingen (blz. 912).

a. de verzekering eener uitkeering bij overlijden is wel een schadeverzekering, nl. verzekering van een te vormen kapitaal tegen het gevaar van ontijdigen dood, welke verhindert door verder sparen het gewenschte kapitaal bijeen te brengen (HERBEAULT, COUTEAU, GOLDSCHMIDT, KÖHNE, RÜDIGER, EHRENBERG);

b. zij is de verzekering van den mensch zelf, als vertegenwoordigende een kapitaal („capital humain”, MORNARD, ROBATEL).

Na mijn bovenstaande beschouwingen zal het duidelijk zijn dat en in hoeverre ik dit standpunt deel. Het lost evenwel de twistvraag niet op, ofschoon die niet onoplosbaar is.

DE ESSENTIËELE ELEMENTEN BIJ DE SOMMEN- VERZEKERING

De spraakverwarring, die op dit gebied ontstaan is, vindt, naar het mij voorkomt, voor een niet onbelangrijk deel haar oorzaak in onvoldoende onderscheiding van de verschillende elementen, die de meeste vormen van sommenverzekering kenmerken.

Ook de voor de sommenverzekering betaalde premie moet in overeenstemming daarmee in twee componenten verdeeld worden:

1. een *spaarpremie*, beoogende te zorgen, dat op een te voren overeengekomen oogenblik zekere som beschikbaar is;

2. een *risicopremie*, beoogende de kans te dekken, dat de som op een eerder oogenblik beschikbaar zal moeten zijn.

De spaarpremie wordt gereserveerd en maakt deel uit van de „afkoopwaarde”, de risicopremie niet.

Het door de risicopremie gedekte deel van de z.g. sommenverzekering is in werkelijkheid schadeverzekering. Bij de ongevallenverzekering wordt uitsluitend risicopremie betaald, de desbetreffende polissen hebben dan ook geen afkoopwaarde. Haar essentiëel karakter is: schadeverzekering.

DE KOSTEN VAN GENEES- EN HEELKUNDIGE BEHANDELING

Intusschen waarborgt de persoonlijke ongevallenverzekering soms behalve uitkeeringen bij dood en bij tijdelijke of blijvende invaliditeit, nog een derde schadevergoeding, nl. de kosten van genees- en heelkundige behandeling, inclusief ziekenhuisverpleging. Het schadevergoedingskarakter van deze laatste uitkeeringen — zg. „Kurquote” — is duidelijk 1).

In aansluiting hieraan zou ik ter adstrueering van mijn meening, dat de ongevallenverzekering een overwegend schadeverzekeringskarakter draagt, willen herinneren aan andere vormen als de particuliere ongevallenverzekering.

Immers, naast de *particuliere* ongevallenverzekering (de „*assurance réparation*” van de Franschen), kent men de verzekering ter zake van de *aansprakelijkheid* voor de gevolgen van ongevallen, die men aan derden toebrengt (de „*assurance responsabilité*” der Franschen, de „*Haftpflichtversicherung*” der Duitschers).

Deze laatste is volgens MOLENGRAAFF (23) een schadeverzekering. Inderdaad staat de schadeplichtigheid van den schadeveroorzaker geheel op den voorgrond.

Men verliese echter niet uit het oog, dat schadeplichtigheid zoowel wettelijk (BW 1401, BW 1638 y, sociale ongevallen-

1) Het „meesterloon” van de *actio legis aquiliae utilis* ten aanzien van den vrijen man („*iudex computat mercedes medicis praestitas, ceteraque impendia, quae in curatione facta sunt*” . . . ; L. 7, D. 9,3) via HUGO DE GROOT (Inl. B III, D 34 § 2) en SIMON VAN LEEUWEN (Rooms Hollands Regt IV, 35, 9) in 1407 B.W. terug te vinden. (Vergelijk voorts Exodus 21 : 19 slot en Decret. Greg. lib. V, tit. 36, cap. 1, en verschillende oude landrechten zooals o.a. Het Lantrecht van Drenthe 1614, IV art. 47).

wetten), als contractueel (arbeidsovereenkomst, aannemerscontract) verankerd kan zijn.

Men moet hier de werkelijke schade, bezien van het standpunt van den beschadigde, onderscheiden van de schade, die de schadeplichtige wettelijk of contractueel gehouden is te dragen.

Beide behoeven elkander geenszins te dekken. Ik denk hierbij o.a. aan het waardeeringscriterium van 1406 en 1407 BW, nl. de „*wederzijdse stand en fortuin*”, terwijl de werkelijke schade wel door stand en fortuin van den beschadigde, maar niet door die van den schadeplichtige wordt bepaald.

Bij contractuele schadevergoedingsplicht staat niets aan partijen in den weg de vergoeding te fixeeren en min of meer onafhankelijk van de werkelijke of berekenbare schade vast te leggen. Verliest daardoor de „vergoeding” het karakter van „schadevergoeding”? Naar mijn meening niet.

SOCIALE EN PARTICULIERE ONGEVALLLENVERZEKERING ZIJN BEIDE VORMEN VAN „PERSONEN-SCHADEVERZEKERING”

Het karakter van de particuliere ongevallenverzekering als „*personenschadeverzekering*”¹⁾ wordt niet slechts duidelijk bij vergelijking van dien verzekeringsvorm met dien der wettelijke en contractuele aansprakelijkheidsverzekering, maar ook bij vergelijking met de sociale ongevallenverzekering.

Bij de sociale staat het *schadevergoedings*karakter geheel op den voorgrond. De eisch van evenredigheid tusschen uitkeering en schade, is de roode draad, die door de sociale ongevallenwetten loopt en de mogelijkheid van oververzekering is hier buitengesloten. Ik deel dan ook de meening van DONATI (16):

„Zwischen den beiden Formen existiert kein grundlegender Unterschied in re ipsa”.

Al moge de sociale verzekering politiek een sociaal-oeconomische instelling van arbeidersbescherming zijn, juridiek heeft men met een vorm van aansprakelijkheidsverzekering te doen.

SLOTSOM

Ik ben het dus geheel eens met EHRENZWEIG (27), dat aan de scheiding tusschen vermogens- en personenverzekering de

1) Dit is bij wijze van spreken dus het omgekeerde van de „*Sachlebensversicherung*”!

„*Undurchsichtigkeit des wirtschaftlichen Wertes der Person*” ten grondslag ligt met dien verstande, dat het minder gaat om de waarde van zijn stoffelijk omhulsel, dan wel om het feit van zijn productiviteit. Deze „ondoorzichtigheid” zal ongetwijfeld verminderen, wanneer door samenwerking van juristen, medici, en oeconomen „de oeconomische waarde van den persoon” beter zal worden benaderd dan tot dusver het geval was.

De jonge wetenschap der „*geneeskundige oeconomie*” (“*medical economics*” der Amerikanen) zal in deze richting nuttig werk kunnen doen.

Ook HIESTAND (6) staat op een overeenkomstig standpunt en met hem kom ik tot de gevolgtrekking, dat de particuliere ongevallenverzekering bovenal als schadeverzekering bezien en behandeld moet worden. Deze verhandeling beoogt mede het schadeverzekeringskarakter van de particuliere ongevallenverzekering beter tot zijn recht te doen komen en de behoefte te accentueeren op dit gebied de beginselen van het schadeverzekeringsrecht meer dan voorheen toe te passen.

HOOFDSTUK III

HET ONGEVALSBEGRIIP

DRIEËRLEI ONGEVALSBEGRIIP

In de gebruikelijke polissen wordt het woord „ongeval” of „ongeluk”¹⁾ in drie beteekenissen gebruikt:

1. „*ongevalsgebeurtenis in ruimeren zin*”, nl. het geheel van opeenvolgende en samenhangende voorvallen, handelingen en verwickelingen van het bijzondere historische gebeuren, dat tot bepaalde schadelijke gevolgen leidde. Plastisch uitgedrukt: het „tafereel” (meer van toeschouwersstandpunt gezien).

Zoo spreekt men van een „spoorwegongeluk”, een „motorongeluk” en wordt als „ongeluk” aangeduid: van de trappen vallen, ergens tegenaan rijden of loopen.

2. „*ongevalsgebeurtenis in engeren zin*”, nl. de laatste schakel in de keten van opeenvolgende en samenhangende voorvallen enz., die de ongevalsgebeurtenis in ruimeren zin vormen.

Dus het schadetoebrengeende onderdeel van het „tafereel”: het bij het van de trappen vallen onzacht met de treden en ten slotte met den vloer in aanraking komen, het bij de botsing pijnlijk en event. bloedig getroffen worden.

We hebben hier dus te doen met het min of meer noodlottige gevolg van de gebeurtenis in ruimeren zin, met de inwerking op het slachtoffer (meer gezien van slachtoffersstandpunt).

1) De leek gebruikt het woord „ongeluk” bovendien nog ter aanduiding van „*het onverwacht krijgen van een ziekelijke afwijking of klacht, waarvoor geen andere oorzaak aangewezen kan worden, als een verondersteld „iets” van bijzonderen aard*”.

Een leek voelt bijv. plotseling een scherpe pijn in de kuit, hij kijkt op en om, denkend „er moet mij *iemand* geschopt of geslagen hebben — er moet *iets* bijzonders gebeurd zijn — niets komt van zelf!

De medicus heeft de diagnose onmiddellijk klaar: „*coup de fouèt*” (tennisleg), de spontane scheur van spier of bloedvat, die de leek tot in lengte van dagen als een „ongeval” zal blijven bestempelen, omdat „spontaan” optreden van een letsel zijn „*Kausalitätsbedürfnis*” niet bevredigt. De niet aanwijsbare schadeoorzaak wordt verondersteld en tot ongeval gepromoveerd.

3. *het bekomen letsel*, het ongevalsgevolg: het oploopen van bepaalde beledigingen, verwondingen, het breken van beenderen, het verlies van lichaamsdeelen, het tijdelijk of blijvend verlies van arbeidsgeschiktheid. We hebben hier te doen met wat men verzekeringstechnisch de „*schade*” en verzekeringsgeneeskundig het „*letsel*”¹⁾ pleegt te noemen.

DE EENHEID DEZER DRIE ASPECTEN (PHASEN)

We hebben hier te doen met drie, ten deele zeer kenmerkende, *aspecten* van eenzelfde historisch gebeuren, resp. met drie onderscheiden, zij het niet altijd scherp te scheiden, *phasen*; drie onmisbare schakels of complexen van schakels in de keten van oorzaak en gevolg.

Bij de beoordeeling van elke aanspraak op schadevergoeding is het bovenal de taak zich een zoo scherp mogelijk beeld te vormen van de ongevalsgebeurtenis in ruimeren en engeren zin en van het resulterende letsel.

Een dergelijke reconstructie van het „ongeval” — hier in den zin van het geheel der beschreven drie aspecten of fasen — maakt het eerst mogelijk zich een oordeel te vormen over den invloed van tal van factoren van uitwendigen of inwendigen aard, alsmede over het oorzakelijk verband.

DE SOCIALE VERZEKERINGSWETTEN ALS BRON VAN SPRAAK- VERWARRING TEN AANZIEN VAN HET ONGEVALSBEGRIIP

Een bron van spraakverwarring, niet alleen bij de leeken, maar ook bij de geneeskundigen, zijn de sociale ongevallenwetten.²⁾

Sedert in 1921 verschillende „letsels, in betrekkelijk korten tijd ontstaan”, met ongevallen in den zin der genoemde wetten werden gelijkgesteld: peesscheedeontsteking, bevrozing, hitteberoerte, warmtebevanging, zonnesteek, blaar en dergelijke drukt daarop, ofschoon de meeste dier letsels zoowel volgens spraakgebruik als medisch-wetenschappelijk geen „traumatisch” karakter dragen, een ongevalsstempel.

1) De artsen gebruiken het woord „*trauma*” ook zoowel voor de bijzondere gebeurtenis (*inwerking* van het geweld) als voor de gevolgen daarvan in den vorm van een letsel (*uitwerking* van het geweld) en „traumatisch” ter aanduiding zoowel van het *karakter* als van de vermoedelijke *oorzaak* van het letsel. Dus ook daar weer dezelfde spraakverwarring.

2) Zie SMIT (75).

Dat verklaart de neiging van vele particuliere verzekerden dergelijke letsels ook voor schadevergoeding bij de particuliere ongevallenzekeringsmaatschappijen aan te melden. En dat ongeacht het feit, dat sommige meestal uitdrukkelijk in de polis zijn buitengesloten.

Waar uniformiteit ontbreekt ¹⁾, is het voor de beoordeeling van de rechten op uitkeering in een bepaald geval noodig steeds nauwkeurig *ongevalsgebeurtenis in ruimeren en engeren zin en het letsel te toetsen aan de verzekeringsovereenkomst, die door de betrokkene is afgesloten.*

Zoolang in ons land de invoering van een modelongevals-polis wel tot de vrome wenschen zal blijven behooren, zal het dubbel noodzakelijk zijn zich zoo scherp mogelijk rekenschap te geven van de verschillende criteria, die aan het ongevals-begrip in het algemeen, en in een bepaalde polis in het bijzonder, worden gesteld.

DE VOORNAAMSTE ONGEVALSCLAUSULES

Eerst een kleine bloemlezing van de voornaamste ongevals-clausules uit Nederlandsche polissen:

1. een **plotseling** *gewelddadige inwerking van buiten* af op het lichaam van den verzekerde, den dood of kwetsing van dezen **rechtstreeks** tengevolge hebbend en geschied tegen zijn wil en buiten zijn grove schuld (Fat).
2. de **plotseling**, **rechtstreeksche** *inwerking* van ONGEWOON, *van buiten* af komend *geweld zóó*, dat daardoor een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel ontstaat (NEN).
3. een *gebeurtenis*, waarbij een geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel ontstaat door **plotseling rechtstreeks** op den verzekerde *inwerkend uitwendig geweld* (N. Lloyd).
4. *gebeurtenis*, welke **plotseling**, *van buiten af*, en onafhankelijk van den wil van den verzekerde, op diens lichaam *inwerkt* en daaraan letsel toebrengt (Bloma).
5. alleen de zoodanige (*ongevallen*), waarbij de verzekerde getroffen wordt, **plotseling**, onafhankelijk van zijn wil, door een *uitwendig onmiddellijk* op hem *inwerkend geweld*, waardoor hem lichamelijk letsel wordt toegebracht, hetwelk de **onmiddellijke** oorzaak is of van zijn dood, of van zijn ongeschiktheid, mits een van beide intreedt binnen 365 dagen na het ongeval (ER).

1) Het komt herhaaldelijk voor, dat door dezelfde maatschappij in den loop der jaren polissen met een verschillend omschreven ongevals-begrip zijn uitgegeven.

6. iedere lichamelijke *belediging*, die de verzekerde onafhankelijk van zijn wil ondergaat door een **plotselinge** en *gewelddadige inwerking* van een *uitwendige* oorzaak, den dood, een blijvende of tijdelijke, geheele of gedeeltelijke ongeschiktheid tot werken ten gevolge hebbend (Winterthur).
7. een lichamenlijk *letsel*, dat den verzekerde tegen zijn wil door eene *toevallige inwerking* van eene *van buiten komende* oorzaak treft (Pres.).
8. het *bekomen* van een geneeskundig met zekerheid vast te stellen letsel, als **rechtstreeksch** gevolg van een *uitwendige gewelddadige, plotseling inwerkende* oorzaak, die niet het karakter draagt van zelfmoord, poging tot zelfmoord of opzettelijke zelfverminking en buiten de grove schuld of roekeloosheid van den verzekerde of van hen, die bij de verzekering belang hebben ontstaan is (O. Haag).
9. de **plotselinge, onmiddellijke, uitwendige oorzaak** van een medisch vastgesteld lichamenlijk letsel, alsmede . . . voor zoover een en ander den verzekerde is overkomen onafhankelijk van zijn wil of van den wil van degenen, die bij de verzekering belang hebben en **niet is ontstaan, verband houdt met of beïnvloed wordt door kwalen, ziekten of gebreken** of wel een gevolg is van dronkenschap, krankzinnigheid, verstandsverbijstering, roekeloosheid, provocatie, ongeoorloofde handelingen of het niet naleven van voorschriften in het algemeen belang gegeven (EOA).

Met kleine variaties komen alle andere mij bekende clausules op de bovenstaande neer, die voor een deel wel veel op elkander gelijken, maar toch tal van typische verschillen vertoonen.

Uit deze bloemlezing blijkt inderdaad, dat nu eens (zie bijv. nos. 3 en 4) onder ongeval de gebeurtenis in ruimeren, dan weer (zie bijv. nos. 1 en 2) in engeren zin wordt verstaan en in een derde geval (zie bijv. nos. 6 en 7) weer het letsel zelf als ongeval wordt beschouwd.

Soms is het de *in*-werking van geweld (zie bijv. nos. 1 en 2), soms de *uit*-werking (zie bijv. nos. 6 en 7), die op den voorgrond stond.

Het oorzakelijk verband tusschen inwerking en uitwerking wordt in één polis (EOA) geaccentueerd door het ongeval als *letsel-oorzaak* te bestempelen.

De aard van het letsel op zich zelf is verzekeringsgeneeskundig en verzekeringsrechtelijk van belang, èn met het oog op de *relatie tusschen letsel en letseloorzaak*, èn met het oog op de *relatie tusschen letsel en letselgevolgen*.

DE RELATIE LETSELOORZAAK - LETSEL - LETSELGEVOLG

Scherper dan veelal geschiedt, moet *tweëerlei causaal verband* onderscheiden worden:

1. tusschen ongevalsgebeurtenis (letseloorzaak) en het daaruit voortgekomen letsel;
2. tusschen letsel (ongevalsgevolg) en de daardoor veroorzaakte dood of invaliditeit (letselgevolg).

Op beide relaties kunnen bijkomstige factoren van inwendigen aard invloed uitoefenen, waardoor wijziging gebracht wordt in de verplichting van den verzekeraar tot schadevergoeding.

Zoo kunnen op de relatie tusschen letsel en letseloorzaak o.a. invloed hebben schuld (of nalatigheid) en van te voren bestaande ziekelijke afwijkingen. Daarenboven kunnen op de relatie tusschen letsel en letselgevolgen nog bijkomende ziekelijke afwijkingen invloed uitoefenen.

Een ongeval zonder letsel en een letsel zonder ongeval zijn voor de ongevallenverzekering even irrelevant, maar ik ga niet zoover als HIESTAND (4), die een „Unfall ohne (Schadens) Folgen” een *contradictio in adjecto* noemt. Wel heeft BROXC destijds terecht op het primaire karakter van de *gebeurtenis* gewezen, maar zijn opmerking, dat het letsel als gevolg nooit een *conditio sine qua non* kan zijn en dus het *letsel* niet primair is, ontzeg ik waarde.

Letsel en gebeurtenis zijn voor de ongevallenverzekering even primair. Zij vormen een twee-eenheid, twee pijlers, waarop de geheele ongevallenverzekering dient opgebouwd te worden.

DE VOORNAAMSTE ELEMENTEN VAN HET ONGEVALSBEGRIP

De meest belangrijke elementen van het ongevalsbegrip, d.w.z. de positieve en negatieve vereischten, waaraan de ongevalsgebeurtenis (als letseloorzaak), het letsel zelf en dood of invaliditeit (als letselgevolgen) moeten voldoen, zijn opgenomen in de op blz. 40 afgedrukte tabel I.

Hoe belangrijk de *algemeene omschrijving van het ongevalsbegrip* in een bepaalde polis ook moge wezen, de werkelijke inhoud van dat begrip en de beoordeeling van de aanspraken op schadevergoeding bij een bepaald letsel, worden veelal meer bepaald door de *bijzondere omschrijving van het risico*. Het zijn de „insluitingen en uitsluitingen” en de groote variabiliteit

Tabel I	Positieve ver- eischen	Negatieve ver- eischen
ONGEVALSGEBEUE- REN ALS LETSEL- OORZAAK.	1. ongewoon (bijzon- der). 2. plotseling. 3. uitwendig (van bui- tenkomend). 4. gewelddadig. 5. toevallig (onvrijwil- lig). 6. onmiddellijk (recht- streeks)	Afwezigheid van opzet + schuld en bijkomen- de oorzaken.
LETSEL.	1. lichamenlijk. 2. geneeskundig vast te stellen. 3. eenig en recht- streeksch gevolg zijn van het ongeval.	Afwezigheid van opzet + schuld en van bij- komende oorzaken en gevolgen.
DOOD OF INVALI- DITEIT ALS LET- SEL-GEVOLGEN.	1. eenig en recht- streeksch gevolg van letsel.	Afwezigheid van opzet + schuld, bijkomende oorzaken en gevolgen.

daarvan — een variabiliteit, die heel wat grooter is dan de ver-
schillen in omschrijving van het algemeene ongevalsbegrip — die
in hoofdzaak de grenzen van het verzekerde risico bepalen.

Het is juist het medische karakter van deze materie, dat de
beoordeeling voor den jurist zoo moeilijk maakt.

I. HET „ONGEWONE” (BIJZON ERE) VAN HET ONGEVAL

De aanduiding *ongewoon* is slechts in één enkele ongevals-
clausule (*NEN*) te vinden (men vergelijkte het lijstje op blz.
37—38).

Men kan stellen, dat elementen, als „*gewelddadig*” en „*toevallig*”
en wellicht ook „*plotseling*” al impliceren, dat er „iets bij-
zonders” gebeurd moet zijn. Een „evenement”¹⁾ dus!

Er komen echter tal van normale inwerkingen van geweld
zonder letsel voor, terwijl „*toevallig*” alleen onafhankelijkheid
van den wil van den getroffenene (*onvrijwilligheid*) impliceert en
tal van normale gebeurtenissen *plotseling* optreden zonder bij-
zonder te zijn of letsel te veroorzaken.

1) Dit is de „Ereignis” van de DAMVV. en OAMVV.

KIJZER (28) accentueert het „ongelukkige”¹⁾ karakter van de ongevalsgebeurtenis (accidens malum) en spreekt van

„Een *onvoorzien*, van buitenaf, plotseling op lichaam of geest inwerkend geweld van *bijzonder* karakter”

en voegt daar ter verklaring en verduidelijking aan toe:

„Het geweld mag niet zijn eigen aan het werk; het moet een *bijzonder* geweld zijn, dat den normalen arbeidsgang verstoort”.

BIJZONDERE GEWELDSINWERKING, BIJZONDER GEWELD OF BIJZONDERE GEWELDSUITWERKING

Deze definitie van KIJZER kan mij niet bevredigen. Immers „*onvoorzien*” en „*bijzonder*” zijn hier geenszins identiek.

Voorzienbaarheid staat aan het ongevalskarakter niet in den weg en evenmin impliceert onvoorzienbaarheid ongewoonheid of bijzonderheid.

Waar het bij een ongeval op aankomt is op het ongewone, bijzondere. En dan op het bijzondere karakter niet zoozeer van *het inwerkende geweld*, als wel van *de inwerking van het geweld*.

En in tal van gevallen — maar dat dan vooral bij bijzondere vatbaarheid voor de inwerking van geweld — bovendien nog op het bijzondere karakter van *de uitwerking van het geweld*²⁾.

Ik zou dus liever uit de definitie van KIJZER het „onvoorzien” vervangen door „ongewoon” of „bijzonder” en in plaats van een bijzonder karakter van de *inwerking* een bijzonder karakter van de *uitwerking* eischen.

Met dit al vormt *zoowel theoretisch als practisch de eisch der bijzonderheid (ongewoonheid) een van de allerbelangrijkste criteria voor de beoordeeling van het ongevalskarakter van een bepaalde gebeurtenis, resp. van een bepaald letsel*.

Steeds weer moet men de vragen stellen: is er iets bijzonders gebeurd? Wat is er voor bijzonders gebeurd? Waarin ligt het bijzondere van het gebeurde? Juist omdat de leek ten onrechte geneigd is bij onvoorziens optreden van een letsel — zonder aanwijsbare aanleiding of oorzaak — een ongeval te veronderstellen.

1) LITTRÉ en LAROUSSE spreken van een „*événement fortuit, plus souvent fâcheux*”, terwijl het Engelsche „*accident*” reeds in de Fatal Accidents Act van 1846 werd omschreven als „*unexpected occurrence*”.

2) Bij de particuliere ongevallenverzekering wordt in tegenstelling tot de sociale verzekeringswetten als regel eenig gevolg van niet ongewone geweldsinwerking bij verhoogde vatbaarheid voor schade niet schadeloos gesteld.

HET GEVAAR DER UITERSTE KONSEKVENTIE

Veel juister is ontegenzeggelijk de ongevalsdefinitie van PICCARD (29):

„die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines mehr oder weniger *ungewöhnlichen* äusseren Faktors auf den menschlichen Körper“,

al kan men er gevoegelijk over twisten of het noodig is, dat de „uitwendige factor“ zelf een ongewoon karakter draagt en of het niet voldoende is, wanneer de *inwerking* van dien factor dat karakter draagt.

PICCARD (30) accentueert later nog meer de eisch der „Ungewöhnlichkeit“ en eischt dan „etwas Besonderes“. Dat zou echter niet een zelfstandig maar meer een bijkomstig criterium zijn en met name een

„Stossriegel gegenüber gewissen äussersten Konsequenzen eines allzu wissenschaftlich ausgebauten Unfallbegriffs mit denen dieser selber ad absurdum geführt wurde“.

Men bedenke hierbij, dat hij het over de sociale ongevallenwetten heeft, bij de toepassing waarvan de kans op absurditeit zeker veel reëler is dan bij de particuliere ongevallenverzekering ¹⁾.

2. HET „PLOTSELINGE“ VAN HET ONGEVAL

Bijna alle definities bevatten de aanduiding „plotseling“. Zij is als regel een *kwaliteit* van de geweldsinwerking, en bij uitzondering van de wijze, waarop de verzekerde door de geweldsinwerking getroffen wordt (men vergelijke het lijstje op blz. 37—38). Beide beoogen kennelijk, wat trouwens geheel in overeenstemming met het spraakgebruik is, den *beperkten duur* van de *geweldsinwerking* te stipuleeren.

Men moet echter tweeërlei tijdsverloop onderscheiden, nl.:

i. den duur van de *inwerking* van het geweld (*causa*);

1) Wanneer men niet slechts ingewandsbreuken (de bekende „Unfug mit den Hernien“), maar ook alle gevolgen van overmatige krachtsinspanning en in één woord van „overbelasting“ geneigd is als „ongevalsletsels“ te aanvaarden, is zeker een dergelijke „Stossriegel“ niet overbodig. Terecht eischte dan ook het Bundesgericht bij ingewandsbreuken, om als ongevalsgevolg aanvaardbaar te zijn, „den Nachweis eines *aussergewöhnlichen*, *nicht* betriebsüblichen und auch sonst *nicht* alltäglichen Ereignisses“.

2. den duur van de *uitwerking* van het geweld, d.w.z. met betrekking tot de ontwikkeling van het letsel (*effectus*).

Tegenover *inwerking* gedurende korten tijd (*causale momentaniteit*), staat *inwerking* gedurende langeren tijd.

Tegenover een *uitwerking*, gedurende korten tijd ontstaan, (*effectueele momentaniteit*), staat een letsel gedurende langeren tijd ontstaan.

Deze tegenstellingen zijn van meer dan zuiver theoretisch belang, omdat *tusschen den duur van de inwerking en den duur van de uitwerking geenerlei relatie behoeft te bestaan*:

a. kortstondige geweldsinwerking kan een letsel veroorzaken, dat langen tijd noodig heeft om zich te ontwikkelen ¹⁾.

b. langdurige geweldsinwerking kan toch een letsel veroorzaken, dat slechts korten tijd noodig heeft om zich te ontwikkelen ²⁾.

VERWISSELING VAN CAUSALE EN EFFECTUEELE MOMENTANITEIT ONGEORLOOFD

HIESTAND (4) stelde dus ten onrechte een „plötzlicher Vorgang” tegenover een „allmählich sich entwickelnder Körperchädigung”.

PICCARD (30) wees er terecht op, dat het plotselinge slaat op de *inwerking* en dat plotseling *optreden* van een bepaald letsel niet voldoende is om plotselinge *inwerking* aan te nemen ³⁾.

Ook EHRENZWEIG (27) wijst er op, dat het *niet* op den *ontwikkelingsduur* van het letsel aankomt.

Bij de herziening van de sociale ongevallenwetten in 1921 heeft men een en ander over het hoofd gezien door toevoeging van een clause, op grond waarvan met een ongeval werd gelijkgesteld „een letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan” (in verband met de dienstbetrekking): hier dus tegenover een plotselinge *oorzaak* een langzamerhand ontstaan *gevolg*.

1) Typisch voorbeeld is de lange „latente” periode en de lange ontwikkelingstermijn van de nadeelige gevolgen van kortdurende overmatige belichting of bestraling. Iets dergelijks ook bij infectie en intoxicatie.

2) Hierbij denk ik aan de ziekelijke gevolgen van overbelasting en aan verschillende beroepsziekten.

3) Bij plotseling uittreden van ingewand in een reeds jaren bestaande breukzak bij een geringe aanleiding, bij plotseling krijgen van spit in den rug of ischias, is bij den leek de neiging om van een ongeval te spreken groot: met ongevallen in engeren zin hebben wij daarbij nooit te doen, als er geen sprake is van veroorzaking door plotselinge geweldsinwerking.

HET „LETSEL IN BETREKKELIJK KORTEN TIJD ONTSTAAN”
IN DE ONGEVALLIENWET

Die toevoeging was de vrucht van een amendement van den heer VAN WIJNBERGEN, die blijkens de handelingen der 2e Kamer zijn voorstel aldus toelichtte:

„Het geval komt voor, dat er heeft plaats gehad een *ongeval* overkomen aan een arbeider in een verzekeringplichtig bedrijf in verband met de dienstbetrekking, maar waarbij *alleen* ¹⁾ ontbreekt het *plotselinge*, dat volgens de jurisprudentie als essentiëel element noodig wordt geacht. Nu is het de bedoeling van dit amendement om het begrip *ongeval* zoover uit te breiden, dat indien het plotselinge er niet is, maar het toch betreft een geval in betrekkelijk korten tijd ontstaan, zoodat het het plotselinge dicht nadert, ook in zoodanig geval schadeloosstelling wordt gegeven”.

De door den voorsteller bedoelde jurisprudentie was die van den Centralen Raad van Beroep, die inderdaad het plotselinge veel sterker accentueerde en dus den duur van de geweldsinwerking tot een veel kleiner tijdsruimte beperkte, dan het spraakgebruik pleegt te doen.

In de Duitsche sociale verzekering ²⁾ omvatte sedert jaren het ongevalsbegrip de bedoelde letsels door inwerking van geweld gedurende betrekkelijk korten tijd.

IN DE ONGEVALLIENWET GENOEMDE LETSELS IN BETREKKELIJK
KORTEN TIJD ONTSTAAN

Aan de nieuwe Nederlandsche clause werd toegevoegd:

„zooals peesscheedeontsteking, bevroezing, hitteberoerte, warmtebevanging, zonnesteek en dergelijke”.

KIJZER (28) wijst er op, dat hierdoor met het *plotselinge* ook het *bijzondere* overboord geworpen werd. Ofschoon veelal het plotselinge van de inwerking van geweld mede tot het bijzondere behoort, is het niet juist, dat het bijzondere wegvalt, als men

1) Dat behalve het plotselinge veelal óók nog het gewelddadige, het uitwendige en het bijzondere, alsmede het verband met de dienstbetrekking ontbreken zij terloops opgemerkt (zie blz. 45 en 72 bij de tendovaginitis).

2) In de jurisprudentie ten aanzien van artikel 544 RVO (31), is overal sprake van „*zeitlich begrenztes Ereignis*”, met de toevoeging „ein in einen verhältnismässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis” en als nadere beperking „Einige Stunden, höchstens aber einen Arbeitsschicht”. Oa. worden dienovereenkomstig sedert jaar en dag in Duitschland ook als ongeval aanvaard „in kurzer Zeit schädigend wirkende Witterungsverhältnisse”.

het plotselinge laat vallen. Het plotselinge is een kwaliteit van de *inwerking* van het geweld, het bijzondere daarentegen is gelegen in de inwerking van *geweld* zelf. Minder door het *plotselinge* te verdoezelen werpt het „letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan” het *bijzondere* overboord, dan wel door de *gewelddadigheid* geweld aan te doen.

Intusschen heeft men hier ook losgelaten

„den Nachweis eines aussergewöhnlichen, nicht betriebsüblichen und auch sonst nicht alltäglichen Ereignisses”.

Integendeel vielen voortaan tal van heel gewone, „betriebsübliche” en alledaagsche ziekelijke afwijkingen en klachten onder het ongevalsbegrip.

Ook van den aanvankelijk door den voorsteller gestelden eisch, dat het minder plotselinge toch het plotselinge zou moeten „naderen”, is in de praktijk niet veel overgebleven.

Zoo werd in een uitspraak van den Centralen Raad (1930, No. 361) wel een „aanwijsbare betrekkelijk korte tijd” gevraagd, maar daaraan toegevoegd, dat „ook een termijn van 3 à 4 weken geenszins te lang” is. Ook kwam in 1930 (No. 175) die Raad tot de slotsom, dat bij een der in de wet opgesomde voorbeelden van letsels, in betrekkelijk korten tijd ontstaan, „een bijzonder onderzoek naar den juisten duur van den arbeid, waardoor het letsel is ontstaan niet te pas komt”. Zie ook SMIT (75).

DE NIEUWE ONGEVALS-DEFINITIE VAN VERAART

VERAART (32) stelde sedert voor, om uit de definitie van het ongevalsbegrip (onder de ongevallenwet) het plotselinge dan maar heelemaal te schrappen. Deze mijnarts suggereerde:

„Een ongeval is een ongewilde gebeurtenis, waaruit beschadiging is voortgekomen”.

Deze definitie komt neer op de eenvoudige clause van de Deutsche modelverzekeringsvoorwaarden minus het plotselinge. Uit zijn toelichting blijkt, dat hij het onjuist acht het min of meer plotselinge als „hoofdeigenschap” van een ongeval te noemen, daar de beschadiging, een kwaliteit zijnde, in rang hooger staat dan het plotselinge. Overigens meent hij, dat het plotselinge aan alle ongewilde gebeurtenissen eigen is en dus reeds in zijn definitie verwerkt is.

Aan dit betoog ligt volgens mij verwarring van ongevalsgebeurtenis (causa) en letsel (effectus) ten grondslag.

Het plotselinge is eigenschap noch kenmerk van het letsel (de „beschadiging” van VERAART).

Het is evenmin een wijze van optreden als een *modus* van de ongevalsgebeurtenis.

Het is een kwaliteit van de *bijzondere* geweldsinwerking, die op haar beurt geacht moet worden een essentiël element van de ongevalsgebeurtenis uit te maken.

Deze kwaliteit is aan de „ongewilde gebeurtenissen” van VERAART, voor zoover ze in het dagelijksch leven als „ongeval” plegen te worden bestempeld, wel in zeer verschillende mate eigen. Maar toch dermate eigen, dat ze niet ter nadere aanduiding en beperking kan worden gemist. Want de veronderstelling van VERAART, dat een niet plotselinge, dus geleidelijke, ongewilde gebeurtenis een *contradictio in terminis* zou zijn, is kennelijk onjuist.

3. HET „UITWENDIGE” VAN HET ONGEVAL

Het uitwendigheidsvereischte komt in de meeste ongevalsclausules¹⁾ voor, maar in zeer verschillenden vorm;

- „inwerking van buiten af op het lichaam” (F a t.),
- „inwerking van van buiten af komend geweld” (NEN),
- „inwerkend uitwendig geweld” (N. LLOYD, ER),
- „uitwendige oorzaak” (Winterthur, O. Haag, EOA.),
- „van buiten komende oorzaak” (Pres.).

De uitwendigheid is dus nu eens een *modus van de inwerking*, dan weer een *kwaliteit van het geweld* of een *aanduiding van den aard van de oorzaak*.

Ook is in dit verband de aard van het causale verband tusschen inwerking en letsel niet zonder belang.

1. wordt een *rechtstreeksch* causaal verband geëischt, dan is de *uitwendige oorzaak een conditio sine qua non*.
2. is *eenig* causaal verband voldoende, dan wordt de eisch der uitwendigheid verzacht tot *uitwendige aanleiding*.

Aangezien „rechtstreeksch causaal verband” meestal „rechtstreeksche” of zelfs „onmiddellijke” geweldsinwerking op het lichaam veronderstelt, wijst opneming van één der termen „rechtstreeksch” of „onmiddellijk” op het onvoldoende zijn van

1) In de Engelsch-Amerikaansche polissen is sprake van „*external means*”, in de Fransche van „*cause exterieure*”, verg. de algemeene clausule „*van buiten aankomende onheilen*” (637 K), in de OAMVW. en in DAMVW. van „*von aussen (ein)wirkend*”.

een uitwendige *aanleiding* voor de aanvaarding van een ongeval.

WAT IS EEN „IN”-, RESP. „UITWENDIGE” OORZAAK?

Het tegenovergestelde van uitwendig geweld is niet inwendig geweld of inwendige inwerking van geweld, maar het bestaan van een inwendige (bijkomende) oorzaak ¹⁾. Daarbij pleegt men grootendeels ten onrechte de niet door kwaal, ziekte of gebrek bepaalde inwendige oorzaak over één kam te scheren met een wel daardoor bepaalde inwendige oorzaak of medeoorzaak van het letsel.

Als BRUCK (33) er dus op wijst, dat volgens de jurisprudentie van het Reichsgericht de beschadiging van de gezondheid niet door een zuiver inwendig, organisch *proces in* het lichaam veroorzaakt mag zijn, is dat duidelijk. Maar als hij daaraan toevoegt, dat zij wel veroorzaakt moet zijn door een *gebeurtenis*, die zich *buiten* het lichaam voltrekt en zijn uitwendige of inwendige beschadiging ten gevolge heeft, dan voelt men dat hier juist de quintessens ontbreekt: in hoeverre geeft een gebeurtenis van bijzonderen aard — die geen verband houdt met ziekte, kwaal of gebrek — die zich in aansluiting aan een *uitwendige aanleiding in* het lichaam voltrekt en zijn uitwendige of inwendige beschadiging ten gevolge heeft, nu wel recht op schadevergoeding?

In de praktijk gaven vroeger bovenal de *plotselinge overmatige krachtsinspanning, vertillen en verbeuren, verrekking van spieren en peezen* ²⁾, enz. moeilijkheden.

DE UITWENDIGE OORZAAK BIJ OVERMATIGE KRACHTSINSPANNING, VERREKKEN, VERTILLEN

Indien men door met te groote kracht te trekken aan een vastzittend voorwerp een spier of pees verscheurt, kan men met

¹⁾ Zie o.a. Hof A'dam 24 Febr. 1913; N.J. 1913, 929 en bovendien Hof A'dam 5 Dec. 1913, N.J. 1914, 209 (waarin bij *opzet* of *schuld* de uitwendigheid ontkend wordt!). Overigens kan men verzekeringsrechtelijk een „inwendige oorzaak” met „eigen gebrek” van 249 K identificeren.

²⁾ Voorts de verstikkings- en verdrinkingsdood (zie blz. 75 e.v.). PICCARD (30) meent dat het uitwendigheidsvereischte ook moeilijkheden geeft bij vergiftiging en infectie. Ik meen, dat deze „Schädigende Ereignisse” minder uit een oogpunt van *uitwendigheid* bezwaren opleveren, dus wel uit een oogpunt van veelal zeer twijfelachtige of ontbrekende *gewelddadigheid*, onverminderd het feit, dat in tal van vergiftigings- en infectiegevallen, zoowel het *plotselinge* als het *bijzondere* ontbreken (zie blz. 82 e.v.).

evenveel recht zeggen, dat het lichaam aan het voorwerp trok als dat het voorwerp aan het lichaam trok.

Ook EHRENZWEIG (27) construeert bij de bespreking van het uitwendige, het van buiten inwerken van de eigen krachtsinspanning.

Er is dan ook te meer rede dergelijke door ongewone, plotselinge krachtsinspanning optredende lichamelijke letsels als ongevalsgevolgen te aanvaarden naar mate het ongewone en plotselinge meer op den voorgrond staan en dus deze essentiële kenmerken aanwezig zijn. (Zie voor de gebruikelijke opneming onder „insluitingen” blz. 72) en voor de opneming onder de uitsluitingen blz. 103.

TOEPASSING VAN DEN UITWENDIGHEIDSEISCH OP DE ONGEVALSOORZAAK

Moet de eisch der uitwendigheid echter ook gesteld worden aan de *oorzaak* van de ongevalsgebeurtenis zelf?

Zonder twijfel kan nl. ook de *ongevalsoorzaak* van inwendigen aard zijn: bijv. val door duizeligheid of beroerte.

Indien bij lijkopening een hersenbloeding op een bepaalde plaats wordt gevonden, is het niet twijfelachtig, dat de hersenbloeding en de dood niet het *gevolg* van den val, maar de *oorzaak* van den val en als regel ook van den dood waren.

Behoudens die uitzondering echter, geven alle ongevalsoorzaken, die niet uitdrukkelijk buitengesloten zijn, recht op uitkeering, indien overigens ongeval en letsel aan de vereischten voldoen.

Ik ben het echter geheel eens met de opmerking van MOLENGRAAFF (13) (blz. 937), dat in de jurisprudentie herhaaldelijk in geval van verdrinken en in geval van lichamelijke belediging bij het doen van een val, ten onrechte het ongeluk of de van buiten komende gebeurtenis wordt gezien in het vallen in het water of in het vallen. Niet het vallen zelf, maar de botsing van het lichaam tegen eenig voorwerp, is het ongeluk (over verdrinking: zie blz. 76).

Maar de fout van verschillende aldaar vermelde vonnissen is niet, zooals MOLENGRAAFF meent, de identificatie van ongevalsgebeurtenis *in ruimeren zin* met de ongevalsgebeurtenis *in engeren zin* (zie mijn betoog op blz. 35), maar het stellen van den eisch, dat uitwendige inwerking van geweld de oorzaak van de *ongevals-*

gebeurtenis (dus oa. van den val) moet zijn, in plaats van van het *letsel*. De bij uitstek verwarde jurisprudentie, die MOLENGRAAFF opsomt, kan ik daarom verder onbesproken laten (zie blz. 76 e. v.).

VERWIKKELING VAN ONGEVALSLETSELS MET
ZIEKTECOMPONENTEN

In de veelal samengestelde causale keten, die bij een bepaalde geweldsinwerking aard, omvang en gevolgen van het resulteerende letsel bepaalt, spelen steeds *inwendige* factoren een rol. De vatbaarheid voor letsel („beschadigbaarheid”, medisch: „dispositie”) wisselt ook bij den normalen mensch binnen ruime grenzen.

Indien het getroffen deel niet gezond is — dus bij te voren bestaande ziektecomponent (*primaire* ziektecomponent) — is als regel de beschadigbaarheid verhoogd. Dan is het letsel ernstiger dan bij den normalen mensch. Veelal duurt dan de genezing langer of verergert de ziekte door het ongeval.

Omgekeerd vermindert de beschadiging van een deel het weerstandsvermogen ten opzichte van na het ongeval inwerkende (uitwendige en inwendige) ziekteoorzaken. Dan wordt het ongevalsletsel medeoorzaak tot, bevordert althans het optreden van, ziekte (*secundaire* ziektecomponent), die op haar beurt weer invloed op den afloop van het ongevalsletsel uitoefent.

Verder is het nog mogelijk, dat de gewelddadige inwerking gepaard gaat met rechtstreeksche inwerking van een ziekteoorzaak, nl. met binnendringing van ziektekiemen (*inhaerente* ziektecomponent). Deze wordt in de particuliere verzekering ten deele aanvaard (zie blz. 82).

Ten slotte kan de ongevalsgebeurtenis zich ook beperken tot de invasie van ziektekiemen (*essentiële* ziektecomponent).

Volgens de geldende leer van de particuliere ongevallenverzekering voldoet de hier bedoelde invasie van ziektekiemen evenwel niet aan den gewelddadigheidseisch. Daarvoor is het geweld van te geringe intensiteit. Maar in de sociale verzekering worden deze gevallen wel als ongeval aanvaard (zie blz. 84).

Bij de sociale verzekering is de arbeider met al zijn goede en slechte risico's verzekerd, zoodat ook de gevolgen van ziektecomponenten mee schadeloos gesteld worden. Bij de particuliere verzekering daarentegen worden — uitgaande van de veronderstelde normaliteit van het risico — als regel door opneming van de beperking „rechtstreeks” (zie blz. 59) (en, of „eenig”) zooveel

mogelijk alle primaire (en secundaire) ziektecomponenten uit het ongevalsbegrip geëlimineerd. Soms vindt men onder de uitsluitingen nog een uitdrukkelijke uitschakeling van den invloed van dergelijke ziektecomponenten (zie blz. 104).

Als vijfde groep kan men nog die der ziektecomponenten als *oorzaak* van de geweldsinwerking (*causale* ziektecomponent) onderscheiden. Ook die pleegt door de sociale ongevallenverzekering niet en door de particuliere wel zooveel mogelijk te worden buitengesloten (zie blz. 105).

Wat de sociale verzekering betreft, bestaat over het probleem der schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziekte-toestanden een uitgebreide literatuur (zie METZ) (35), (SCHUURMANS STEKHOVEN) (36)).

Een en ander verdient ook te worden gezien uit een oogpunt van risicoverzwaren. Alvorens een verzekeringsovereenkomst te sluiten wordt nl. door den verzekeraar een schifting toegepast. Uitdrukkelijk wordt als algemeene regel op de aanvraagformulieren geïnformeerd naar eventueel bestaande ziekten.

Zij, die aan bepaalde ziekten lijden of geleden hebben, worden niet als verzekerde aanvaard. Soms worden uitdrukkelijk uitgesloten ongevallen, die door bepaalde ziekten veroorzaakt of in hun gevolgen verergerd mochten worden.

Dat is de achtergrond van den, nog in sommige polissen naast en behalve den onmiddellijkheidseisch voorkomenden, uitdrukkelijken eisch „*zonder medewerking van andere oorzaken*”¹⁾.

4. HET „GEWELDDADIGE” VAN HET ONGEVAL

In de meeste ongevalsdefinities komen de woorden „*geweld*” of „*gewelddadig*”²⁾ voor (men vergelijk het lijstje op blz. 37-38)

Nu eens is gewelddadig een *kwaliteit van de inwerking*, dan weer *aanduiding van de oorzaak, van het agens der inwerking*. Practisch komt dat wel ongeveer op hetzelfde neer.

Er bestaat echter een streven deze aanduidingen weg te laten, op grond van de veronderstelling, dat ongeval, althans letsel-

1) Deze clause is kennelijk afkomstig uit de Engelsch Amerikaanse polissen. De Amerikaanse standaardpolis bevat „*independently and exclusively of all other causes*” (Dunham III 358), andere weer „*sole and immediate*”.

2) In de Engelsch-Amerikaansche polissen is sprake van „*violent means*”, in de Fransche van „*cause violente*”.

toebrenging, gewelddadigheid impliceert of ten minste ongewone (bijzondere) inwerkingen steeds gewelddadig zouden zijn.

Ik acht dit niet juist en kom op tegen het streven „ongevallen” te construeeren bij al die weinig intensieve inwerkingen van het dagelijksch leven, die bij normale menschen en onder normale omstandigheden geen letsel plegen te veroorzaken.

Bij de uitvoering van de sociale ongevallenwetten is men in dit opzicht m.i. op den verkeerden weg gekomen, door alle binnendringing van ziektekiemen op zich zelf — voor zoover verband met de dienstbetrekking aannemelijk is — als *ongeval* te aanvaarden. Van gewelddadigheid blijft dan niet veel over, vooral als de toegangspoort voor de ziektekiemen niet in een wonde behoeft te bestaan. (Zie het infectievraagstuk blz. 82 e.v.).

Om de ongevallenverzekering zuiver te houden kan men niet genoeg vasthouden aan den eisch, dat *geweld* (om als ongevals-oorzaak te kunnen worden aanvaard) *zoowel letseltoebrengend als bijzonder* moet zijn. De eisch der gewelddadigheid moet dus in direct verband worden gezien met den eisch der *ongewoonheid (bijzonderheid)* en der letselveroorzaking.

GEWELDDADIG NIET IDENTIEK MET MECHANISCH

Van welken aard kan of mag het geweld zijn, om voor erkenning als ongevalsoorzaak in aanmerking te komen? Als regel worden alleen *mechanische* geweldsinwerkingen als letseloorzaken aanvaard. (Slechts zelden komt de aanduiding „mechanisch” voor o.a. in de OAMVW!).

Ik acht dat in strijd met de beteekenis, die volgens het spraakgebruik, zoowel het ongevalsbegrip, als het geweldsbegrip hebben.

Geweld in ruimeren zin omvat de inwerking op het lichaam — met een zekere minimum-intensiteit — van alle mogelijke krachten, onverschillig of die van natuurkundigen of scheikundigen aard zijn.

Als nu eens wel en dan weer niet mechanisch nadeelig op het lichaam inwerkende krachten noem ik: gecomprimeerde lucht, koolzuursneeuw, electriciteit, gifgassen¹⁾. In vele gevallen

1) Uit een oogpunt van schadetoebrenging bestaat er bijv. geen essentieel verschil tusschen gassen, die de huid en andere weefsels aantasten en die, welke via de longen de anatomische of functioneele ongereptheid van andere organen in gevaar brengen.

Gassen staan in dit opzicht op één lijn met vloeistoffen en vaste stoffen; ook bestaan er overgangen tusschen die aggregatietoestanden en eenzelfde stof bevindt zich nu eens in dezen dan weer in genen aggregatietoestand.

komen mechanisch veroorzaakte letsels naast niet mechanisch veroorzaakte voor. Het heeft geen zin de eene groep letsels wel, de andere niet schadeloos te stellen.

DE AARD VAN DE RESULTEERENDE BESCHADIGING ALS CRITERIUM
VOOR DE GEWELDDADIGHEID VAN DE KRACHTSINWERKING

Beter criterium dan de *aard van de kracht* is dan ook de *aard van de resulterende beschadiging*¹⁾.

Deze oude controverse is dan ook in de meeste polissen opgelost in dien zin, dat uitdrukkelijk onder de insluitingen is verstaan, dat dergelijke letseloorzaken en letsels mede als ongeval, len, resp. als ongevalsletsel worden beschouwd.

Het is goed er hier even op te wijzen, dat een dergelijke uitdrukkelijke opneming onder de insluitingen nog allerminst impliceert, dat zonder zoodanige uitdrukkelijke insluiting een en ander niet in de verzekering begrepen zoude zijn.

Evenmin als een uitdrukkelijke uitsluiting inhoudt, dat zonder die uitsluiting de verzekering zich wel tot het buitengeslotene zou uitstrekken. Juist omdat de polis voor leeken bestemd is, dragen tal van insluitingen en uitsluitingen meer een illustratief — geen constitutief, maar meer een declaratoir — karakter, wat de wetenschappelijk-juridische analyse bemoeilijkt.

Het „*gewelddadigheidsvereischte*” geeft nog aanleiding tot de vraag: zijn ook moord en doodslag, resp. zelfmoord „*gewelddadig*” in den zin der polis? Ook als men deze vraag bevestigend beantwoordt, scheidt dat nog geen recht op uitkeering (zie bij de bespreking van het *vrijwilligheids- of toevalligheidsvereischte*). Bij de gewelddadigheid hebben we uitsluitend te maken met den *aard* van het geweld, bij de vrijwilligheid kan de *bron* of *oorzaak* van het geweld, desnoods het *motief* van het geweld worden getoetst.

5. HET „ONVRIJWILLIGE” (TOEVALLIGE) VAN HET ONGEVAL

Het onvrijwilligheidsvereischte²⁾ komt in zeer verschillenden vorm voor:

„*tegen zijn wil en buiten zijn grove schuld*” (Fat.).

„*onafhankelijk van zijn wil*” (Bloma, ER, Winterthur).

1) Een brandwond is een brandwond, onverschillig of die is ontstaan door aanraking met een gloeiend voorwerp, met een vlam, met den electrischen stroom, met een bijtende vloeistof, met phosphor of met een gas.

2) Fransche polissen „*cause involontaire*”, Engelsch Amerikaansche „*accidental means*”.

„onafhankelijk van zijn wil of van den wil van degenen, die bij de verzekering belanghebben" (EOA),

„niet het karakter draagt van zelfmoord, poging tot zelfmoord of opzettelijke zelfverminking en buiten de grove schuld of roekeloosheid van den verzekerde of van hen, die bij de verzekering belang hebben ontstaan" (O. H a a g),

„tegen zijn wil door eene toevallige inwerking" (Pres.),

„toevallige van zijn wil onafhankelijke gebeurtenis" (RP).

Dit criterium wordt dus nu eens betrokken op de *geweldsinwerking*, dan weer op het *letsel* ¹⁾. Dat maakt een groot verschil: het oogmerk gericht op de *geweldsinwerking* behoeft immers in het geheel niet gericht te zijn op *letseltoebrenging*! ²⁾

In theorie zijn „onafhankelijk van zijn wil" en „tegen zijn wil" niet identiek, maar in de praktijk is het verschil klein.

Hoever moet de onafhankelijkheid van den wil van den verzekerde echter gaan? Impliceert „wil" *toerekeningsvatbaarheid*? Hier stuiten we op de oude strijdvraag of behalve de toerekeningsvatbare zelfmoord(poging) en zelfverminking(spoging) ook de niet toerekeningsvatbare buitengesloten zijn en op wien de bewijslast der (on)toerekeningsvatbaarheid rust?

OBJECTIEVE OF SUBJECTIEVE INHOUD VAN DE BEGRIPPEN WIL, OPZET EN SCHULD

Algemeener genomen gaat het om den inhoud van de begrippen „opzet" ³⁾ en „schuld".

Het uitdrukkelijk uitsluiten van de gevolgen van opzet is overbodig, omdat er dan reeds geen sprake van een „onzeker" voorval in den zin van 246 K is. Overigens moet verzekering tegen gevolgen van opzet in strijd met de goede zeden en met het wezen van de verzekeringsovereenkomst geacht worden (254 K, jo 14 AB).

Indien we onder „eigen schuld" van 276 K „het opzet" begrijpen, komen we bij het schuldvraagstuk in ruimeren zin uit.

Hebben de begrippen wil, opzet en schuld in dit verband een *objectieven* of een *subjectieven* inhoud?

1) Vergelijk in dit verband de DAMVW. en OAMVW.

2) EHRENZWEIG onderscheidt „gewillkürte Handlungen" en „gewollte Schädigung der Person".

3) Ook het voorwaardelijk opzet (*dolus eventualis*) komt om den hoek kijken. Maar die zullen we er, evenals de culpa in causa-constructie maar buiten laten.

Kennelijk is het laatste het geval en moet dus hier het objectieve schuldbegrip van 1401 BW geheel ter zijde worden gesteld. Maar daarvoor komt dan automatisch de toerekeningsvatbaarheid — met als componenten „onderscheidingsvermogen” en „weerstandsvormogen” (WIERSMA) (34) — als verwickeling naar voren.¹⁾

Daardoor wordt de situatie wel eenvoudiger bij de *levensverzekering*, waar — mits de verzekering zekeren tijd bestond — geen bezwaar is tegen aanvaarding van zelfmoordgevolgen en als regel het ziekelijke karakter van het suicidium in aanmerking genomen wordt.

Bij de *ongevallenverzekering*, waarbij men de gevolgen van ziekelijke stoornissen van lichaam en geest pleegt buiten te sluiten („eenig en rechtstreeksch gevolg” of „afwezigheid van inwendige oorzaken”) staat de zaak anders.

UITSLUITEN VAN ALLE SCHULD IN STRIJD MET HET WEZEN DER ONGEVALLLENVERZEKERING

Overigens mag hier het *wezen van de ongevallenverzekering* niet uit het oog verloren worden. HIESTAND (4) wijst er op, dat een te star vasthouden aan den eisch der afwezigheid van schuld de practische beteekenis der risicodekking bij ongevallen tot een minimum zou terugbrengen. Aan de meeste ongevallen ligt „een zekere mate van onvoorzichtigheid” ten grondslag.

Daarom is ongevallenverzekering zonder insluiting van „lichte schuld” onmogelijk of waardeloos en is zeker ondeugdelijk de clausule:

„Van de verzekering zijn uitgesloten ongevallen, welke het gevolg zijn van *eigen schuld* van den verzekerde”.

Waar ligt echter de grens²⁾ tusschen lichte en grove schuld (die op haar beurt weer aan het opzet grenst)? Grove schuld kan, maar behoeft niet, te worden uitgesloten: de polis kan, evenals aan 249 K, uitdrukkelijk of stilzwijgend deroegeren aan 276 K). Zij vallen hier ten deele samen³⁾.

1) Het oude adagium „volenti non fit iniuria” is in art. 44 van het Zwitsersche verbintenissenrecht 1911 terug te vinden.

2) Zie L 223 pr en 226 D 50, 17; onverminderd het adagium „imperitia culpae adnumeratur” van L 132, D 50, 17 (terug te vinden in arrest H.R. 25 Febr. 1916, N.J. 1916, 497).

3) Als men een oogenblik het menschelijk lichaam als verzekerde zaak ziet overwege men, dat een zekere mate van onvoorzichtigheid tot de

In de praktijk van de ongevallenverzekering blijft er in overeenstemming met het spraakgebruik van het „*toevalligheidsvereischte*” niets over als onvrijwilligheid in den zin van buitensluiting van opzet of bewilliging.

ONVRIJWILLIGHEID VAN GEWELDSINWERKING EN(OF)
ONGEVALSGEBEURTENIS

Soms wordt in dit verband de oorzaak van het letsel (nl. de *geweldsinwerking*) en de oorzaak van de geweldsinwerking (nl. de *ongevalsgebeurtenis* in ruimeren zin) verwisseld en bij bestaan van schuld het ontbreken van een van buiten komende oorzaak geconstrueerd (zie blz. 46).

Schuld zou dan neer kunnen komen op „*eigenmachtige risico-verzwaaring*”. In het feit, dat in vele polissen ongevallen, tijdens en door aanvallen van verstandsverbijstering en bij krankzinnigheid opgelopen uitdrukkelijk buitengesloten zijn, zou ik een erkenning willen zien van de aanvaarding van de toerekeningsvatbaarheid als pijlers van de schuld (resp. a fortiori van het opzet). Bij de beoordeeling van de grens der toelaatbare schuld zal de rechter dus volgens mijn meening het redelijkheidscriterium niet kunnen missen. Ook mag „’s menschen aard en natuur” niet vergeten worden.

Een beroep op „alle vlijt en naarstigheid” van 283 K (ook ten einde de schade te voorkomen) zou ongevallenverzekering voor een belangrijk deel doel en recht van bestaan doen verliezen.

Bevredigender komt het mij voor alleen de prestatieverlichting van den verzekeraar buiten te sluiten — tenzij uitdrukkelijk anders bedongen — bij „grove” schuld. Ik zou dus willen pleiten voor meer algemeene toepassing van de clausule „*merkelijke schuld en nalatigheid*” van 294 K.

De bewijslastmoeilijkheden blijven: dat een gebeurtenis onafhankelijk van den wil des verzekerden heeft plaats gegrepen, is niet voor rechtstreeksch bewijs vatbaar, maar moet als het regelmatige geval worden aangenomen, als de feiten geen aanleiding geven daaraan te twijfelen (MOLENGRAAFF) (23). Wie in dat geval den bewijslast moet dragen, is veelal in de polis aan-

meest algemeene menschelijke gebreken behoort en dus „uit den aard en de natuur” van die verzekerde zaak voortvloeit. (Voor den mensch geldt m.i. de beperking, die arrest H.R. 22 Febr. 1924, N.J. 1924, 488, W. 11189 aan 249 K geeft, niet.)

gegeven of zal door den rechter moeten worden vastgesteld.

Met schuld pleegt te worden gelijkgesteld „roekeloosheid“: d.w.z. het zich zelf scheppen van bijzondere gevaren, waaraan een verstandig en redelijk mensch zich niet blootstelt. Hier komen we weer in de buurt van de risicoverzwaren. In verschillende polissen wordt de blootstelling aan bepaalde gevaren uitdrukkelijk buitengesloten (zie hoofdstuk V).

Een uitzondering vormt het risico, verbonden aan rechtmatige zelfverdediging en reddingspogingen (zie blz. 91).

DE MATE VAN TOELAATBARE SCHULD IN DE SOCIALE VERZEKERING

Ook in de sociale verzekering komt men van oudsher dit vraagstuk tegen en wordt daarbij het doel van deze verzekering in het oog gehouden ¹⁾. Als regel is alleen opzet uitgesloten.

De spanning en ondergeschiktheid, waarmede en waaronder in fabriek en werkplaats wordt gewerkt onder omstandigheden, die verhoogd ongevalsrisico met zich brengen, wettigen het laden van de volle aansprakelijkheid voor „schuldhafte Unfallsfolge“ op bedrijf en verzekering.

Ook in de Nederlandsche industriële ongevallenwet is alleen bij opzettelijk veroorzaken van het ongeval (waarbij ook weer het opzet niet op het *letsel*, maar op de *geweldsinwerking* behoeft te zijn gericht) verval van aanspraak voorzien (art. 26).

De Centrale Raad van Beroep heeft destijds uitdrukkelijk bij grove schuld het behoud van aanspraken erkend (o.a. 27 April 1920, AB. 1920, blz. 152) ²⁾. Inmiddels schijnen de denkbeelden

1) Ik citeer in dit verband een paar Zwitsersche uitspraken: „gerade die Unfallversicherung bezweckt vor allem auch die Sicherung des Versicherten gegen die Folgen seiner eigenen Fährlässigkeit“ (Bundesgericht, 12 Oct. 1894, Entsch I 194).

„Il est absolument conforme au but naturel de l'assurance contre les accidents que l'assuré entende se garantir, non seulement contre les accidents fortuits, indépendants de tout faute de sa part, mais aussi, dans une certaine mesure, contre les conséquences dus à sa propre faute du négligence“ (Trib. féd. 22 Juni 1900, Entsch I 195).

„On ne peut exiger d'un ouvrier qu'avant chacun de ses actes il pèse toutes les conséquences possibles. Certains oublis et certains défauts d'attention sont inévitables, ils rentrent dans les risques professionnels . . .“ (Hof te Freiburg 10 Mei 1905).

2) In de Zwitsersche ongevallenwet is de grove nalatigheid wel uitgesloten: „Eine grobe Fährlässigkeit ist die Ausserachtlassung eines masses von Sorgfalt und Aufmerksamkeit das jeder, auch der minder

te kenteren. De verruiming van de ongevallenwet tot alle ongevallen „in verband met de dienstbetrekking” en zodoende ook tot die, op weg van en naar het werk, heeft tot die kentering bijgedragen.

DE TOELAATBARE SCHULDMAAT BIJ ONGEVALLLEN OP WEG
VAN EN NAAR HET WERK

Op een gegeven oogenblik is nl. door den Centralen Raad aangenomen, dat de blootstelling aan een gevaar, dat de verzeekerde zich zelf schept en dat niet onvermijdelijk is verbonden aan den gang van het werk naar huis of omgekeerd, evenzeer het verband met de dienstbetrekking onderbreekt als afwijking of onderbreking van den gewonen gang van en naar het werk.

Zoo werd elke onvoorzichtigheid en nalatigheid, dus niet alleen grove schuld, maar ook lichte schuld in den vorm van onoplettendheid *op weg van en naar het werk* gestraft met verlies van aanspraken bij ongeval.

Dit is echter niet bereikt door wijziging van den inhoud van het ongevalsbegrip (zie boven mijn beschouwingen over het onvrijwilligheidselement — dat in de sociale ongevallenwetten niet geldt), maar via „verband met de dienstbetrekking”. Ook tijdens het werk kan volgens enkele jongere uitspraken van den Centralen Raad van Beroep het verband met de dienstbetrekking worden verbroken door „handelingen, die tot het particuliere leven behooren” (1933, No. 103, Maandblad 1933, blz. 176, het bekende geval Toeter).

Nog steeds maakt de Centrale Raad intusschen verschil tusschen ongevallen onder het werk en op weg naar of van het werk, onder motiveering:

„dat in het eerste geval (ongeval gedurende den werktijd op de werkplaats) de invloed van de dienstbetrekking uit zich zelf op al hetgeen er gebeurt zoozeer overweegt, dat wel zeer bijzondere omstandigheden noodig zijn om een oorzakelijk verband tusschen ongeval en dienstbetrekking uit te sluiten, terwijl de invloed van de dienstbetrekking bij gebeurtenissen tijdens den gang van de werkplaats en omgekeerd veel geringer is, zoodat meer beteekenis moet worden gehecht aan de persoonlijke gedragingen van den getroffene als oorzaak van het ongeval” (1933, No. 416).

sorgsame, anzuwenden pfllegt, das non intelligere quod omnes intelligunt” (Hof v. Cassatie Bern, 9 Oct. 1907, Entsch I, No. 200.

Zie ook de „Bundesgesetz über die Haftpflicht der Eisenbahn- und Dampfschiffahrt-Unternehmungen und der Post” van 28 Maart 1905.

Dit is geen principiëel verschil meer, maar een gradueel. Er is trouwens een tusschengroep tusschen de werkers op de werkplaats en de werkers op gang van het werk van en naar huis, nl. de arbeiders, die gedurende het werk zich van de eene plaats naar de andere begeven (denk aan reizigers). Er is zeker reden bij hen het verband met de dienstbetrekking sneller door particuliere handelingen verbroken te achten dan op de werkplaats en minder snel dan tijdens den tocht van en naar het werk.

De Centrale Raad van Beroep achtte voor het verbreken van het verband met de dienstbetrekking op weg van en naar het werk ¹⁾ *een bewuste wilsdaad* niet noodzakelijk: ook de epilepticus, die in een schemertoestand op zijn fiets een „ommetje” maakte en gedurende een dergelijke periode van ondubbelzinnige ontoerekeningsvatbaarheid een ongeval kreeg, werd door het verlaten hebben van den kortsten en meest gebruikelijken weg geacht het verband met de dienstbetrekking te hebben verbroken. Bevredigen kan mij die constructie niet.

NOODZAKELIJKHEID BIJ OVEREENKOMST OF WET DE TOELAATBARE SCHULDMAAT NAUWKEURIG AAN TE GEVEN

Het komt mij noodzakelijk voor bij wet of overeenkomst de mate der toegelaten schuld aan te geven. Bij de sociale verzekering wettigt de wisselende innigheid van het verband tusschen de omstandigheden, waaronder gewerkt wordt en de dienstbetrekking, toch eigenlijk allerminst de toelaatbare schuldmaat zoo te laten wisselen, dat nu eens lichte schuld het verband met de dienstbetrekking wel en dan weer grove schuld dat verband niet verbreekt.

Juist het van geval tot geval afmeten van de mate van de schuld tegenover de innigheid van het verband tusschen de omstandigheden, waaronder gewerkt wordt en de dienstbetrekking verzwaart de taak van den beroepsrechter ten zeerste.

Voor de particuliere ongevallenverzekering is het zeker gemotiveerd alleen de aan het opzet grenzende mate van grove schuld uit te sluiten en als dienaangaande niets is bepaald moet die ook geacht worden buitengesloten te zijn op grond van algemeene beginselen van verzekeringsrecht (276 K jo 294 K).

1) Zie ook verder de door SMIT (75) vermelde jurisprudentie tot 1932.

6. DE „ONMIDDELIJKHEID” VAN DE ONGEVALSGEVOLGEN.

De vraag of in de keten van oorzaak en gevolg tusschen geweldsinwerking en letsel nog een schakel mag bestaan, wordt in tal van polissen ontkennend beantwoord door den eisch, dat het letsel een „rechtstreeksch” of „onmiddellijk” gevolg van het ongeval moet zijn ¹⁾. Rechtstreeksch is dan een aanduiding van den aard van het oorzakelijk verband tusschen letseloorzaak en letsel(uitwerking).

Soms is van „rechtstreeksch en eenig” ²⁾ gevolg sprake. Het verschil is, dat *rechtstreeksch* resp. *onmiddellijk* de afwezigheid van *tusschenschakels* en *eenig* de afwezigheid van *bijkomende oorzaken*, die mede de geweldsuitwerking bepalen, veronderstelt. Die „bijkomende oorzaken” van het letsel staan dus niet *tusschen* geweldsinwerking en letsel in, maar nemen een plaats in *naast* de geweldsinwerking.

In sommige polissen is „rechtstreeksch” een kwaliteit van de wijze van *inwerking* en dus niet betrokken op de *uitwerking*.

Theoretisch is dat niet hetzelfde. Zoo is de dood van iemand, die bij val in het water kouvast en een longontsteking krijgt, geen rechtstreeksch gevolg van den val in het water.

Daarentegen valt de gewelddadigheid weg, indien het geweld niet rechtstreeks inwerkt.

Het is dan ook de vraag of in die polissen, waarin van rechtstreeksche *inwerking* sprake is, eigenlijk niet beoogd is rechtstreeksch verband tusschen geweldsinwerking en letsel te eischen ³⁾.

De „onmiddellijkheid” van de ongevalsgevolgen is dus een criterium, dat bepaalde eischen stelt aan het oorzakelijk verband ⁴⁾.

„RECHTSTREEKSCH GEVOLG” IN ART 48d PENSIOENWET

De term „rechtstreeksch gevolg” komt ook voor in artikel 48d van de Pensioenwet, waarbij verhoogd invaliditeitspensioen

1) Cf. de bijzondere — en verstrekkende — EOA-clausule „*niet is ontstaan, verband ho dt met of beïnvloed wordt door . . .*”

2) Soms wordt van „*uitsluitende oorzaak*” gesproken.

3) Het is niet uitgesloten, dat zij nog met de Engelsche clausule „*proximate and sole cause*” verband houdt.

4) Het „*corpore corpori datum*” bij het „*damnum injuria datum*” stelde soortgelijke eischen.

wordt toegezegd bij zgn. „in en door den dienst verkregen” ziekten en gebreken. De Centrale Raad van Beroep gaf dienaangaande de volgende interpretatie (uitspraak 2 October 1923).

„Om recht te hebben op verhoogd invaliditeitspensioen is het niet voldoende, dat tusschen de bij een ambtenaar geconstateerde ziekte en zijn ambtelijke werkzaamheden *verband* bestaat, doch moet de ziekte van de uitoefening van zijn dienst en *daarvan alleen* het rechtstreeksch gevolg zijn. Aan dezen eisch wordt voldaan, wanneer bij en als gevolg van de uitoefening van den dienst op den ambtenaar voor zijne gezondheid nadeelige invloeden hebben ingewerkt, die zoo sterk waren, dat het aannemelijk is, dat fysiek en psychisch normale personen bij gelijken arbeid, in gelijke mate, aan gelijke invloeden blootgesteld zijnde veelal voor hunne gezondheid even nadeelige gevolgen zullen ondervinden. Krijgt een ambtenaar door het verrichten van zijn ambtelijke werkzaamheden een ziekte, die een normaal gezond persoon gelijken arbeid doende, niet bedreigt, dan ligt de eigenlijke oorzaak van de ziekte niet in de dienstuitoefening, maar in 's mans gestel”.

ADAEQUATE VEROORZAKING EN DE NORMALITEITSEISCH

Hier wordt behalve „*adaequate veroorzaking*” nog de „*normaliteitseisch*” gesteld. Daaronder wordt hier verstaan, dat van te voren bestaande medewerkende „*ziekteoorzaken*” — uit de lichamelijke of geestelijke gesteldheid van den betrokkene voortvloeiend (in den zin van 246 K!) — worden uitgeschakeld

Wel te verstaan: *bij het ontstaan van de ziekte* medewerkende oorzaken en niet *bij het verdere verloop van de ziekte* medewerkende oorzaken.

Ik zou in dit verband *primaire* en *secundaire* medewerkende oorzaken willen onderscheiden.

Wordt „rechtstreeksch” en „*eenig*” gevolg geëischt, dan worden behalve de *primaire* ook de *secundaire* medewerkende oorzaken van anderen als traumatischen aard geëlimineerd.

DE VOORZIENBAARHEID VAN DE SCHADE

Wij stuiten hier tevens onwillekeurig op het moeilijke probleem van de „voorzienbaarheid”, in dit geval van de „*schade*”¹⁾, die door de ongevalsgebeurtenis wordt aangericht.

Hier vinden wij ongezoekt aanknooppingspunten bij algemeene rechtsbeginselen uit de aansprakelijkheidsleer, hetzij in verband met 1283—1284 BW, hetzij in verband met 1401 BW (zie VAN BRAKEL (25) No. 60 e.v.).

1) Niet die van de *ongevalsgebeurtenis in ruimeren zin*.

Inderdaad ligt het trekken van meer dan één parallel voor de hand. Ook in de ongevallenverzekering moet men voorzienbaarheid bij het afsluiten van de overeenkomst onderscheiden van voorzienbaarheid bij het optreden van het sinister.

Daarnaast blijkt het noodig de *objectieve* voorzienbaarheid — juister wellicht de *abstracte* voorzienbaarheid (in verband met den kennelijk gestelden „normaliteitseisch”) — te scheiden van de *subjectieve* en *concrete*.

Wij naderen hier den bodem van het zoowel juridisch als medisch uitermate moeilijke vraagstuk: de grens tusschen traumatische en niet-traumatische componenten van het resulterende letsel. De laatste moeten dan weer worden onderscheiden in primaire en secundaire eenerzijds en in normale en abnormale anderzijds (zie blz. 49).

DE LICHAAMELIJKHEID VAN ONGEVAL EN LETSEL

In vele polissen komt nog een uitdrukkelijke beperking voor, nu eens ten aanzien van het *ongeval*, dan weer ten aanzien van het *letsel*: de zgn *lichamelijkheid*¹⁾ De bedoeling van beide formuleeringen is de *physieke* zijde te isoleeren van de *psychische* en alleen de *physieke* gevolgen te compenseeren. Die bedoeling is op zich zelf niet zoo vreemd: zoodra men nerveuze verschijnselen gaat schadeloosstellen, is het hek voor de „traumatische neurose” van den dam en geen einde aan de „begeertevoorstellingen” te maken. Dat ondervond men bij de sociale wetgeving

Toch deugt uiteraard de tegenstelling „*physiek-psychisch*” (lichamelijk-geestelijk) niet. Daaraan ligt nl. de veronderstelling ten grondslag, dat *psychische* verschijnselen geen *lichamelijk* substraat bezitten.

Dat is alleen met de genoemde „begeertevoorstellingen” het geval, maar niet met de medisch zgn. „*functioneele*” gevolgen van tal van „*organische*” beledigingen van het zenuwstelsel. Die moeten wel degelijk geacht worden tot de „*lichamelijke* letsels” te behooren.

Ik zie overigens verband tusschen de beperking tot *lichamelijke* gevolgen van geweldsinwerking en den eisch der „*onmiddellijkheid*” van die inwerking: *middellijke* inwerking van geweld op het lichaam is nl. mogelijk via de *psyche* (*schrikneurosen*)

1) Ook in de Engelsch Amerikaansche polissen is steeds sprake van „*bodily injury*”.

Een bijzondere oplossing is:

„Onder blijvende invaliditeit worden niet gerekend: de zoogenaamde neurosen van allerlei aard (ook traumatische), zooals epilepsie, hysterie, neurasthenie, zenuwshok" (RP).

Een betere oplossing van dit inderdaad moeilijke vraagstuk ¹⁾ is te vinden in DAMVW § 7.4. Een vrijwel letterlijke vertaling daarvan is de volgende clausule:

„Voor psychische en nerveuze storingen, waardoor in aansluiting aan een ongeval de geschiktheid tot werken verminderd is, wordt alleen schadevergoeding gegeven, indien en voor zoover deze storingen teweeggebracht zijn door een door het ongeval veroorzaakte organische ziekte van het zenuwstelsel of door een in aansluiting aan het ongeval nieuw ontstane epilepsie" (Bloma).

DE EISCH „GENEESKUNDIG VAST TE STELLEN" LETSEL

Vrijwel identiek met „lichamelijk", als aanduiding van letsel, is volgens mijn meening de eisch „geneeskundig vast te stellen", d.w.z. tastbaar, meetbaar, objectief controleerbaar. Vage klachten geven geen recht op schadeloosstelling, tenzij aannemelijk is, dat die veroorzaakt worden door ontwijfelbare beschadiging van weefsels of organen, die op zich zelf vermindering van arbeidsgeschiktheid of arbeidsvermogen met zich brengen ²⁾.

HET OORZAKELIJK VERBAND TUSSEHEN ONGEVAL EN LETSEL

Min of meer pro memorie stel ik hier den eisch van het bestaan van oorzakelijk verband tusschen ongeval en letsel aan de orde: het causaliteitsvraagstuk.

Het is ondoenlijk, dat vraagstuk hier breeder te behandelen. Daartoe is het veel te ingewikkeld . . . en ook al weer te verward, als gevolg van de zoo verschillende juridische en medische probleemstelling.

FRICKE (37) typeert een en ander raak aldus:

„Im Strafrecht (wird) jede Bedingung (d. h. jede conditio sine qua non) als Ursache anerkannt, im bürgerlichen Recht nur die dem Erfolge adäquate, in der Medizin die wichtigste, in der Sozialversicherung die wesentlich mitwirkende".

1) Bij uitzondering heeft de Centrale Raad van Beroep bij letsel als gevolg van ernstige gemoedsbeweging wel verband met de dienstbetrekking aangenomen (XIII, 7).

2) In oudere polissen vindt men inplaats van letsel soms „*verwonding*" (zie Hof A'dam, 24 Febr. 1913, N.J. 1913, 929).

DE HEERSCHENDE LEER DER ADAEQUATE VEROORZAKING

Ook voor het Nederlandsche burgerlijk en handelsrecht kan men zonder bezwaar de leer van de adaequate veroorzaking als de heerschende aanmerken, zooals dat ook in het Duitsche, Oostenrijksche en Zwitsersche ongevallenrecht het geval is (in tegenstelling tot de *causa proxima* van het Engelsche recht.

BRUCK (38) geeft nog het volgende belangwekkende argument voor de geldigheid van de leer van de adaequate veroorzaking:

„Versicherungsrechtliche Gefahrgemeinschaft: Die Gefahr ist die Möglichkeit der Entstehung eines Bedarfs. Wie gross diese Möglichkeit zu bewerten ist, ergibt sich aus den Erfahrungsgrundsätzen, nach denen der Ablauf der einzelnen Gefahr nicht gesondert, sondern in Zusammenhalt mit einer möglichst grossen Anzahl gleichartiger Gefahrabläufe zu beurteilen ist. Die Gefahrgemeinschaft beruht auf einer gewissen Gleichmässigkeit hinsichtlich der Folgen eines bestimmten Ereignisses. Der Versicherer kann nur die Haftung für die Folgen eines Ereignisses übernehmen, die sich erfahrungsgemäss aus ihm ergeben. Mithin ist die Gefahrverwirklichung des Bedarfs, wenn sie erfahrungsgemäss geeignet ist, den Bedarf herbeizuführen“.

Bij de „onmiddellijkheid” van de ongevalsgevolgen (zie blz 59), maakten wij reeds kennis met een van de meest gebruikelijke beperkingen van het oorzakelijk verband, waardoor in de ongevallenverzekering *practisch* de kloof tusschen „adaequata veroorzaking” en „causa proxima” overbrugd wordt. En bij de verwickeling van ongevalsletsels met ziektecomponenten weer met een andere zijde van hetzelfde vraagstuk (Zie blz 49)

ARBEIDSONGESCHIKTHEID ALS GEVOLG VAN HET LETSEL

„Schade” in den zin van de ongevallenverzekering is noch de *ongevalsgebeurtenis* in ruimeren en engeren zin, noch in vele gevallen het *letsel* als zoodanig, maar de door het letsel bepaalde „*arbeidsongeschiktheid*”.

In enkele ongevalsdefinities (ER, Winterthur) is de resulterende arbeidsongeschiktheid tot element gepromoveerd van het letsel. Dan is dus een letsel zonder resulterende arbeidsongeschiktheid geen ongevalsletsel in den zin der polis.

Dit is o.a. van belang met het oog op de aangifteverplichting en het feit, dat er tusschen de ongevalsgebeurtenis en het optreden van arbeidsongeschiktheid een kortere of langere termijn kan verlopen en het de vraag is, of de aangiftetermijn begint

te loopen van het oogenblik van de letseltoebrenging af of van het oogenblik der arbeidsongeschiktheid af

VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

PICCARD (30) onderscheidt terecht:

„*Arbeitsunfähigkeit*”: het onvermogen arbeid te verrichten.

„*Erwerbsunfähigkeit*”: het onvermogen door arbeid iets te verdienen.

„*Erwerbseinbüsse*”: de feitelijke (werkelijke) vermindering van de verdiensten.

„*Beeinträchtigung der körperliche Integrität*”: het verlies van eenig lichaamsdeel of gedeelte daarvan.

Het feitelijke vermogen arbeid te verrichten kan ongewijzigd zijn, terwijl toch de kans dat arbeidsvermogen productief te maken belangrijk verminderd is, bijv. door verminderd uithoudingsvermogen of verminderde „*Konkurrenzfähigkeit*”.

Bij geringe vermindering van het vermogen arbeid te verrichten kan de verdienste toch gelijk blijven. *De werkelijke schade wordt dus minder bepaald door wijziging van het arbeidsvermogen (Arbeitsunfähigkeit) dan wel door wijziging van de verdienstmogelijkheden (Erwerbsunfähigkeit)*¹⁾

De feitelijke (werkelijke) wijziging van de verdiensten is weer ten deele afhankelijk van de arbeidsgelegenheid. Zij kan dus onafhankelijk van de verdienstmogelijkheden veranderen.

Ten slotte kan inbreuk op de lichamelijke ongereptheid voorkomen zonder eenigen invloed op arbeidsvermogen en verdienstmogelijkheden. Het „*Gliedertaxe*”-stelsel schakelt tal van moeilijkheden op dit gebied uit (zie blz. 176 e.v.).

ZGN. „PRACTISCHE” EN „MEDISCHE” ONGESCHIKTHEID BIJ DE TOEPASSING VAN DE ZIEKTWET

Hier doen zich dus minder de moeilijkheden voor, die men bij de toepassing van de ziekwet ontmoet, als het er op aankomt

1) Zie voor de beoordeeling van de invaliditeit in de Sociale verzekering het verslag van PENNIS (Geneesk. Tijdschrift Rijksverzekeringsbank Februari 1937) van besprekingen Nov. 1936 te Genève gehouden op uitnodiging van het „Bureau international du travail”.

practische en medische ongeschiktheid te onderscheiden (zie SCHUURMANS STEKHOVEN) (30). (Federatierapport) (40).

Toch is die strijdvraag ook voor de particuliere ongevallenverzekering wel van belang. Jurist en medicus stellen zich nl. ook daarbij veelal op verschillend standpunt.

Voor den jurist is „arbeidsongeschiktheid” (resp. invaliditeit) bovenal een *feitelijk* begrip: de man kan werken of hij kan het niet. Beslissend is dan het peil van arbeidskrachten, noodig voor het behoorlijk verrichten van bepaalde handgrepen.

Voor den medicus is arbeidsgeschiktheid een *medisch* begrip: past dit werk voor dezen man, past deze man voor dit werk, is het medisch verantwoord hem dit werk op te dragen, is er kans op schade voor zijn leven en gezondheid?

DE „THEORETISCHE ERWERBSUNFÄHIGKEIT” IN DE PARTICULIERE ONGEVALLENVERZEKERING

De medicus stelt zich dus op zgn. „*keuringsstandpunt*”: na deskundig onderzoek toetst hij behalve de feitelijke (practische) ook de theoretische geschiktheid tot werk en de sociale en individuele toelaatbaarheid van zoodanig werk.

In de particuliere ongevallenverzekering wordt veelal niet gewerkt met wat PICCARD (30) de „Theoretische Erwerbsunfähigkeit” noemt, maar uitsluitend de „praktische Arbeitsunfähigkeit” vergoedt, die geacht wordt voort te vloeien uit een bepaalde „Beeinträchtigung der körperliche Integrität”

Door toepassing van het Gliedertaxe-stelsel wordt voor verlies van eenig lichaamsdeel een schademaat gefixeerd, die min of meer onafhankelijk is van de werkelijke schade in casu

Voor de beoordeeling van de arbeidsongeschiktheid gaat men, doordat men veelal uitdrukkelijk verbiedt rekening te houden met het beroep, uit van een veronderstelde gemiddelde arbeidsongeschiktheid van „normale” mensen voor „gewonen arbeid”

PICCARD (30) wijst niet ten onrechte op de bezwaren van deze methode: er bestaat geen dusdanige ongespecificeerde arbeid („Handlangerberuf”) en hij voegt er aan toe:

„Wie es keinen Normaltypus der beruflichen Arbeit gibt, so auch keinen Durchschnittsgrad der beruflichen Anforderungen”.

DE ONTWIKKELING VAN HET ONGEVALSBEGRIP

De veelheid der ongevalsbegrippen, die ik in de verschillende polissen ben tegengekomen, maakt niet alleen een chaotischen

indruk, maar men mist daarin zelfs een redelijk streven om door vereenvoudiging tot een helderder definitie te komen.

Ik maak mij niet de illusie, dat het mogelijk is eens en voor altijd in korte en kernachtige woorden het ongevalsbegrip en deszelfs inhoud te fixeeren. PICCARD (30), die Bundesversicherungsrichter te Luzern is, heeft het zoo aardig en juist gezegd:

„Denn wer da glauben möchte, der Unfallbegriff leuchte als Fixstern am juristischen (oder auch am medizinischen) Begriffshimmel, der würde sich schwer täuschen”.

Inderdaad is het ongevalsbegrip noch vast, noch bovenaardsch en dus onderworpen aan den „Wandel der Dinge”.

Ook de geneeskundige opvattingen ondergaan op dit gebied voortdurend wijzigingen, waarbij een verschuiving van grenzen tusschen ongevalsgevolgen en andere letsels onmiskienbaar is.

Daarom heeft elke ongevalsdefinitie — aldus PICCARD (30) — na verloop van enkele jaren weer behoefte aan herziening.

DE BEHOEFTE AAN EEN MEER UNIFORM ONGEVALSBEGRIP

Waar ik juist tegen op wil komen, is het feit, dat men in de Nederlandsche ongevallenpolissen blijkbaar zoo weinig gestreefd heeft naar regelmatige herziening en nog minder naar een zekere mate van uniformiteit.

In dit opzicht is men ons in Duitschland en Oostenrijk ver vooruit.

DAMVW § 21: „Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von aussen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine gesundheitsschädigung erleidet”.

Maar ook in Engeland en Amerika is de formuleering veel eenvormiger en ook veel eenvoudiger.

Metropolitan: „insures against the results of bodily injuries caused directly and independently of all other causes by violent and accidental means”.

De moeilijkheid is, dat men of een of meer van de reeds uitvoerig besproken ongevalskenmerken uit de definitie moet weglaten of moet trachten door samenvatting van zoodanige kenmerken de definitie te vereenvoudigen.

KIJZER (28) heeft dat gedaan door van een

„onvoorzien, van buitenaf, plotseling op lichaam of geest inwerkend geweld van bijzonder karakter”

te spreken (zie mijn kritiek op blz. 41).

Hij liet dus, VERAART (32) heeft daar terecht op gewezen, een essentiële eigenschap, nl. de letseltoebrenging, weg. Ook stipuleerde hij het bijzondere karakter van het geweld in plaats van dat van de geweldsinwerking (gezwegen van de gewelds-uitwerking, dus van het letsel).

VERAART is nog veel verder gegaan door van

„ongewilde gebeurtenis, waaruit beschadiging is voortgekomen”

te spreken (zie mijn kritiek op blz. 45).

Hij wierp dus eenvoudig over boord de eischen der bijzonderheid, der gewelddadigheid, der plotselingheid en der onmiddellijkheid, ja zelfs der lichamelijkheid, onverminderd het feit, dat de strenge causaliteitseisch in „waaruit is voortgekomen” niet voldoende tot zijn recht komt.

EEN VEREENVOUDIGDE ONGEVALSOMSCHRIJVING

Ik meen, dat men in elk geval den eisch der bijzonderheid (niet van het geweld, maar van de geweldsinwerking), der schadetoebrenging en der onopzettelijkheid moet stellen („ongewild” laat de vraag naar de toelaatbare schuldmaat open).

Zoowel de eisch der plotselingheid als die van de uitwendigheid zou gevoegelijk kunnen vervallen, vindende zij toch voor een deel voldoende weerklink in den eisch van de bijzonderheid. Zoo kom ik tot

„onopzettelijke bijzondere schadetoebrengende (gewelds-) inwerking op het menselijk lichaam, den dood of arbeidsongeschiktheid ten gevolge hebbend”.

Deze definitie sluit zich dicht aan bij die van PICCARD en impliceert dus niet alleen letseltoebrenging maar schadetoebrenging (zie blz. 42).

De aanduiding „onopzettelijk” beoogt alleen opzet uit te sluiten; wil men ook „grove schuld” uitsluiten, dan kan onopzettelijk vervangen worden door „niet door grove schuld veroorzaakte”. Moord (doodslag) en mishandeling vallen er buiten.

Wil men de niet rechtstreeksche ongevalsgevolgen — dus den invloed van de bijkomende primaire en(of) secundaire inwendige oorzaken (ziektecomponenten: zie blz. 49) — uitsluiten, dan kan men of van „rechtstreeks den dood of arbeidsongeschiktheid ten gevolge hebbend” spreken of bij voorkeur onder de uitsluitingen een desbetreffende clausule opnemen. *In het algemeen verdient het aanbeveling het aantal elementen van het ongevalsbegrip zelf te*

beperken tot de bovenstaande en eventueele andere beperkingen onder de uitsluitingen op te nemen.

In de bovengegeven definitie zijn die letsels, in betrekkelijk korten tijd ontstaan, die het gevolg zijn van *bijzondere* geweldsinwerking, begrepen. In het algemeen kan men zeggen, dat dat de zoodanige zijn, waarbij de duur van de geweldsinwerking aan het plotselinge nadert (dit ten gevolge van de aanduiding „*bijzonder*”). Vergelijk mijn beschouwingen op blz. 44 en 45.

De groote moeilijkheid, geboren door den term „van buiten komend” of „uitwendig”, is uitgeschakeld en alle gevolgen van verrekking, verstuiking, werkelijk overmatige krachtsinspanning, vallen onder het begrip, ook al door den eisch van de bijzonderheid. Wil men die toch ten deele buiten het ongevalsbegrip laten, dan kan men ze uitdrukkelijk onder de uitsluitingen opnemen.

Waar de bron van het geweld en de aard van het geweld in het midden gelaten zijn, vallen niet slechts de mechanische, maar ook de door bijzondere inwerking van vergiften, gassen, vloeistoffen veroorzaakte letsels onder het begrip.

Wil men dat nog meer accentueeren, dan bestaat er feitelijk heel weinig bezwaar — ook weer door den eisch van de bijzonderheid — het gewelddadige uit te lichten en kort en goed van *schadetoebrengende inwerking* te spreken.

Wil men dan echter ziektekiemen als bronnen van schade-toebrengende inwerking elimineeren, dan kan men die weer uitdrukkelijk geheel of ten deele onder de uitsluitingen opnemen.

Het probleem „infecties en infectieziekten” wordt evenwel nog nader bij de „insluitingen” behandeld (zie blz. 82).

Een dergelijke algemeene ongevalsclausule wint aan waarde, naar mate meer ongevalsverzekeringsmaatschappijen zich van diezelfde clausule bedienen. Een bezwaar is en blijft in ons land, dat het ongevalsbegrip van de sociale verzekeringswetten zich, vooral sedert de ontwikkeling van het begrip „letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking”, steeds verder van het spraakgebruik en van den wetenschappelijken inhoud van het ongevalsbegrip verwijderd heeft.

Geheel bevredigende verhoudingen zullen eerst worden bereikt, zoodra het ongevalsbegrip van de sociale verzekeringswetten weer meer in overeenstemming met theorie en praktijk van het algemeene ongevallenverzekeringsrecht en met het spraakgebruik zal zijn gebracht. Vooral sedert de invoering van de

ziektewet, bestaat er heel weinig behoefte meer aan een uitbreiding van het ongevalsbegrip als de ongevallenwetten sedert 1921 hebben te zien gegeven. Hoe dichter het ongevalsbegrip van de sociale verzekeringswetten zich aansluit bij het gangbare ongevalsbegrip van de particuliere verzekering — scherp omschreven bijzondere insluitingen en uitsluitingen voorbehouden — des te grooter zal de waarde voor de praktijk van beide vormen van verzekering worden.

HOOFDSTUK IV

INSLUITINGEN

DE BEHOEFTE AAN „INSLUITINGEN”

Naar mate men het „ongevalsbegrip” scherper omlijnt, neemt het aantal „grensgevallen” toe, waarin één of meer elementen ontbreken of twijfelachtig zijn.

Bij zoodanige scherpe omlijning verwijdert men zich echter onvermijdelijk van den min of meer vagen inhoud, die het „spraakgebruik” aan het ongevalsbegrip toekent.

Dus zou reeds het „rechtsgevoel” van den gemiddelden verzekerde worden gekwetst, als men alle grensgevallen zou afwijzen.

Voorals de voornaamste ongevalskenmerken aanwezig zijn en slechts minder gewichtige criteria ontbreken.

Daarom plegen in de polis enkele groepen ongevallen of letsels te worden genoemd, die *onder ongevallen* „mede verstaan”, „beschouwd”, „aangemerkt”, „begrepen”, of die „als *ongevallen in den zin der verzekering* worden beschouwd” (ER), resp. „*in de verzekering medebegrepen zijn*” (NHAV, Winterthur¹⁾).

Het is duidelijk, dat de omvang van dit grensgebied afhankelijk is van de getrokken grenzen. En die zijn bij de ongevallenverzekering niet alleen afhankelijk van het ongevalsbegrip zelf, maar ook in hooge mate van de „uitsluitingen”. Men moet dus feitelijk van polis tot polis insluitingen en uitsluitingen in onderling verband zien, in het licht van de gegeven „ongevalsrisico-definitie”. Ik wil mij in dit hoofdstuk beperken tot een overzicht van de voornaamste groepen van insluitingen en in hoofdstuk V tot de uitsluitingen.

DE VOORNAAMSTE GROEPEN INSLUITINGEN

Groep I: *plotseling opkomende onvrijwillige letsels, waarbij het uitwendig geweld ontbreekt of twijfelachtig is*: o.a. verstuiking en

1) De eerste definitie wil eigenlijk zeggen: „wij plakken voor het gemak op bepaalde gevallen een etiket, dat daaraan eigenlijk niet toekomt”, de tweede: „wij gebruiken een eigen etiket”, en de derde „wij gebruiken maar heelemaal geen etiket”.

ontwrichting, verbranding, bevriezing, zonnesteek, verdrinking, verstikking door gassen of dampen, infectie, intoxicatie.

Groep 2: *plotseling opkomende letsels door uitwendig geweld, waarbij de onvrijwilligheid (vermijdbaarheid) ontbreekt of twijfelachtig is*: o.a. als gevolg van ongevallen bij rechtmatige zelfverdediging, bij het redden, bij sportbeoefening, onder militairen dienst, operatiegevolgen, verkeersongevallen bij gebruikmaking van vervoermiddelen.

Groep 3: *al dan niet plotseling opkomende acute ziekte toestanden, door overbelasting veroorzaakt en daardoor een traumatische indruk makend*: o.a. spit (lumbago), peesscheedeontsteking.

De ongelijksoortigheid van deze groepen is duidelijk: sommige betreffen het *ongevalsbegrip*, andere het *ongevalsrisico*: insluiten van ongevallen onder omstandigheden, die gewoonlijk worden buitengesloten. Dat verklaart waarom eenzelfde „deelrisico” bij de eene maatschappij onder „insluitingen” en bij de andere onder „uitsluitingen” kan voorkomen. Ik wil thans de insluitingen, die in de theorie en praktijk van het ongevallenverzekeringsrecht moeilijkheden geven, van naderbij bezien.

VERSTUIKING EN ONTWRICTING

In tal van polisvoorwaarden vindt men deze beide letsels onder de insluitingen vermeld. Soms staat er nog in één adem „verrekking” bij (B l o m a) of „scheuren van spieren” (Z ü r i c h). Soms is dit lijstje samengesteld:

„scheuring van spieren, ontstaan door *plotselinge krachtsinspanning* en mits gepaard gaande met *bloeduitstorting*” (B l o m a).

„spierverscheuring, *klaarblijkelijk* veroorzaakt door een *plotselinge en buitengewone inwerking*” (W i n t e r t h u r).

„spierverrekkingen en spierverscheuringen, ook ontstaan als gevolg van *plotselinge inspanning*” (P r e s.).

„het bekomen van lichamelijk letsel tengevolge van *bovenmatige krachtsinspanning*, vertillen of verrekken, mits een plotselinge en onverwachte *gebeurtenis* . . . daartoe aanleiding gaf (MADB).”

„verstuijing, ontwrichting, scheuring van spieren en verrekking mits deze *aandoeningen rechtstreeks* voortspruiten uit een onder deze polis gedekt *ongeval*” (O. Z w o l.).

Aan al deze omschrijvingen gemeen is: „er moet *iets bijzonders* gebeurd zijn” (zie mijn beschouwingen op blz. 40 en 41).

Dat bijzondere zit niet in de inwerking van *uitwendig*, maar van *inwendig* geweld: de overmatig krachtige en onvoldoende gedoseerde spierfunctie (zie ook blz. 47).

Die letsels verdienen met ongevalsletsels op één lijn te worden gesteld, vooral wanneer er een *uitwendige aanleiding* bestaat, bijv. misstap, als men dreigt te vallen, poging overmatig zware voorwerpen te tillen of te verplaatsen, e.d.).

We hebben hier met overgangen naar ziekelijke toestanden en naar groep 3 te maken. Het eenige verschil tusschen spit en spierverscheuring is, dat bij de eerste de aanwijsbare uitwendige aanleiding vaker ontbreekt dan bij de laatste.

Het spreekt van zelf, dat men met tevoren normale personen te doen moet hebben. De zgn. „habitueele ontwrichtingen” — het telkens weer de kom verlaten zonder aanleiding van belang — vallen dus niet onder deze groep.

Ook onder de sociale verzekering worden die „habitueele luxaties” niet als ongeval aanvaard (ROSTOCK) (41).

In de DAMVW kan men een even eenvoudige als doelmatige definitie vinden, die ik aldus zou willen vertalen:

„door *plotselinge krachtsinspanning* veroorzaakte verrekkingen, ontwrichtingen en verscheuringen”.

Het „*gepaard gaan met bloeduitstorting*” (Bloma) is een ondeugdelijk criterium. Zoo ernstig behoeft het geweld niet te zijn, dat bloeduitstorting aantoonbaar is en de niet aantoonbare is daarom toch niet minder reëel. Men vergelijkte nog de Oostenrijksche definitie, die voor mijn gevoel iets te veel de *onvoorziene uitwendige aanleiding* accentueert.

Onder de sociale ongevallenwetten wordt van oudsher de „overmatige krachtsinspanning” als ongeval aanvaard (zie voor literatuur en casuïstiek KAUFMANN, I 12) (42).

Onder dit begrip wordt gewoonlijk zoowel „ongewone” inspanning, als gewone inspanning onder *abnormaal ongunstige omstandigheden* gebracht. Daaronder valt behalve absolute „Ueberanstrengung” ook de relatieve „overbelasting” d.w.z. in verhouding tot leeftijd, lichaamskracht en lichaamstoestand overmatige belasting (in verband met het feit, dat de sociale verzekering den „normaliteitseisch” niet kent).

SPIT EN PEESSCHEEDE-ONTSTEKING

In dit verband verdienen een paar min of meer plotseling opkomende acute ziekte-toestanden vermelding, die soms door overbelasting veroorzaakt worden en daardoor een traumatischen indruk maken: spit (lumbago) en peesscheede-ontsteking (ten-

dovaginitis). Terwijl in verschillende polissen zoowel „overbelasting”¹⁾ als „knerp” (synoniem voor den krakenden vorm van de peesscheedeontsteking), uitdrukkelijk zijn uitgesloten, worden beide uitdrukkelijk ingesloten in de polis van F a t, met deze toevoeging, dat alleen verschuldigd is vergoeding voor tijdelijke onbekwaamheid en wel tot een maximum bedrag van 14-maal de per dag verzekerde som per geval.

Deze insluiting is, vooral sedert bij de herziening van de sociale ongevallenwetten verschillende „letsels, in betrekkelijk korten tijd ontstaan, in verband met de dienstbetrekking” — en met name peesscheede-ontsteking — met een ongeval in den zin dier wetten werden gelijkgesteld, voor die peescheede-ontsteking verklaarbaar. Telkens weer wordt bij de aangifte van dergelijke, gevallen bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen een beroep gedaan op het feit, dat „de RVB ze toch ook als ongeval aanvaardt”.

Voor *spit* is die insluiting uit dien hoofde niet te verdedigen, omdat gevallen van spit nu eenmaal ook onder de sociale verzekeringswetten niet als ongeval of letsel, in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking, worden aanvaard. Ondertusschen kan men volhouden, dat ook dit een letsel is, dat in betrekkelijk korten tijd ontstaat en waarbij in een deel van de gevallen wel degelijk verband met den arbeid en dus met de dienstbetrekking is aan te wijzen.

De beperking van den uitkeeringsduur tot 14 dagen in de polis van F a t. heeft het feit als achtergrond, dat de meer ziekelijke vormen van de bedoelde aandoeningen meer tijd noodig hebben om te genezen, dan de meer een traumatischen indruk makende (door zuivere overbelasting ontstane). De Centrale Landbouwonderlinge heeft daarom destijds, overeenkomstig het advies van METZ (35), besloten tot dit stelsel van maximum 14 dagen uitkeering bij deze aandoeningen.

Sedert de opneming in de sociale ongevallenwetten van de letsels, in betrekkelijk korten tijd ontstaan, heeft dit stelsel eigenlijk niet veel meer dan historische beteekenis.

Zie verder bij de uitsluitingen voor spit (blz. 127) en voor peesscheede-ontsteking (blz. 128).

1) Zoo is in een van de oudere polissen van de EOA de „overmatige krachtsinspanning” uitgesloten en bij de RP „de gevolgen van bovenmatige krachtsinspanning”.

VERBRANDING EN BEVRIEZING

Overmatige accentueering van het *mechanische* moment ten aanzien van de *gewelds*-inwerking leidde aanvankelijk tot buitensluiting van deze door *thermische* invloeden veroorzaakte letsels.

Trouwens ook de *electrische* ongevallen worden veelal gerekend buiten het klassieke ongevalsbegrip in engeren zin van de particuliere verzekering te vallen (zie blz. 50 e.v.). Dat verklaart, waarom tal van polissen behalve verbranding en bevroering nog insluiten bliksemslag, electrische ontlading (soms met de toevoeging „onvoorzien”, Z ü r i c h), met als bijzondere clausules:

„lichamelijk letsel, ontstaan door... verbranding, *bijtende* stoffen, bliksem of *electrische schokken*” (O. H a a g.).

„verbranden en de gevolgen van den bliksem, wanneer de verzekerde door dezen *getroffen* wordt” (N a t. O n d.).

Terecht heeft de O. H a a g nog de *chemische* ongevallen toegevoegd.

Deze groep insluitingen wordt overbodig, als men bij de omschrijving van het ongevalsbegrip de suggestie „mechanisch” in den vorm van het woord „geweld” vermijdt (zie blz. 67).

In tegenstelling tot de ouderwetsche formuleering van de Oostenrijksche ambtelijke modelvoorwaarden mist men o.a. in de Deutsche het „mechanische” element.

Opneming onder de insluitingen van niet-mechanische ongevalsoorzaken en letsels ontbreekt bij F a t., ER, NHAV.

Bij bliksemslag staat naast het fysieke, aan het mechanische grenzende geweld, het plotselinge — vrijwel ondeelbare van het oogenblik van inwerking — op den voorgrond. Moeilijkheden plagen psychische gevolgen te geven (zie blz. 62)

Bij electrische ontladingen spelen stroomsoort en sterkte een rol en kan er tusschen het oogenblik van inwerking en het optreden van functiestoornissen een latente periode bestaan.

Bij bevroering en verbranding is het letsel afhankelijk van *intensiteit, duur, oppervlakte, vatbaarheid*.

Bovendien bestaat er een latente periode tusschen *inwerking* en *uitwerking*. Die periode is langer, naarmate de intensiteit geringer was.

KAUFMANN (42) concludeert dan ook terecht: „bevroering wordt als ongeval beschouwd, wanneer de invloed van de koude een kortdurende en intensieve is, zoodat de eerste verschijnselen

van de kwaal *binnen enkele uren* optreden (en het letsel zich bij een enkele, bepaalde, zonder onderbreking verrichte bedrijfs-handeling voltrokken heeft: deze laatste toevoeging heeft uiteraard alleen beteekenis voor de sociale verzekering).

Het element „plotseling” kan hier dus evenzeer moeilijkheden geven als het element „gewelddadig”. Het oordeel wordt moeilijker naar mate de inwerking minder intensief was en langer van duur en de latente periode grooter.

Ook inwendige factoren als vatbaarheid (alcoholgebruik en vermoeidheid verhoogen o.a. de vatbaarheid) en eigen schuld (onvoldoende bekleeding kan grove nalatigheid zijn) spelen een rol. Gewone „*gevatte koude*” wordt zelfs door de sociale verzekering nooit aanvaard als ongeval.

Acute longontsteking na onvrijwillige val in ijskoud water, als regel door de particuliere verzekering niet, maar — voor zoover verband met de dienstbetrekking — wel door de sociale. (Zie verder ROSTOCK (41), KAUFMANN (42), REICHMANN (43), TSCHMARKE (44), SCHRIDDE en ALVENSLEBEN (45).

ZONNESTEEK, WARMTEBEVANGING EN HITTEBEROERTE ¹⁾

Zonnesteek komt bij de EOA onder de insluitingen voor en in andere polissen onder de uitsluitingen (F a t., W i n t e r - t h u r).

Zij draagt, volgens het spraakgebruik, een ongevals-karakter, zoodat zij ook bij de particuliere verzekering telkens weer als ongeval wordt aangegeven.

De thermische component en de constitutioneele component zijn vaak zelfs bij lijkopening moeilijk te scheiden ²⁾. Zij viel wel sedert lang onder de Duitsche ongevallenwet ³⁾, maar eerst

1) Geneeskundig bezien is *zonnesteek* (= hersenbeschadiging door directe overmatige zonbestraling, vooral door slapen in de zon), heel iets anders als *warmtebevanging* en *hitteberoerte* (= als regel een stoornis van hartswerking en bloedsomloop).

2) Blijkt dus, dat ernstig zieken (hart patiënten) slechts in beperkte mate aan de warmte en nog niet eens onder ongunstige omstandigheden blootgesteld geweest zijn, dan wordt het verband met de dienstbetrekking op zijn zachtst twijfelachtig. Het etiket „zonnesteek” (met name ook de etiketten „warmtebevanging” en „hitteberoerte”) beteekenen vaak niet meer dan „ziekte of dood op een warmen dag”.

3) Zij werd ook van oudsher in Zwitserland door particuliere en sociale verzekering als ongeval aanvaard (zie ENTSCH I, 331 en 329), d.w.z. als „plötzliche, körperschädigende Einwirkung eines äussern Tatbestandes”.

sedert 1928 onder de Nederlandsche sociale verzekeringswetten als „letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking”.

De ervaring, ook bij de „hittegolf” van 1923 opgedaan, heeft geleerd, dat de schadelijke gevolgen van de warmte op het menschelijk leven bovendien afhankelijk zijn van intensiteit, duur, omstandigheden en vatbaarheid. Er bestaat in vele gevallen een typische latente periode¹⁾ (langdurige *inwerking* en langdurige *uitwerking* komen voor).

Zoowel het ongewone, plotselinge, gewelddadige, uitwendige en onmiddellijke kan twijfelachtig zijn, gezwegen van het onvrijwillige, als men zich welbewust aan de helaas overmatig blijkende zonbestraling (zonnebad!) blootstelt.

De insluiting „zonnesteek” in een polis moet m.i. eng worden geïnterpreteerd (zij omvat dus warmtebevanging en hitteberoerte *niet*). Zij moet als uitsluiting ruim worden opgevat (dan zijn dus warmtebevanging en hitteberoerte mede uitgesloten). (Zie verder KAUFMANN (42), ROSTOCK (41), REICHMANN (43), KIJZER (47), KORTEWEG (48), MUNTENDAM (76).

VERDRINKING

Dood door verdrinking is lang een van de moeilijkste problemen van ongevallenverzekeringsrecht geweest.

Vanwege de vraag:

1. of in het algemeen *verdrinking* wel onder het ongevalsbegrip viel;
2. of in een bepaald geval de val in het water *onvrijwillig* geschiedde en
3. of de dood bij vrijwillig verblijf in het water — dus bij baden en zwemmen — gevolg van *ziekelijke stoornissen* eenerzijds en gevolg van *roekeloos* zich blootstellen aan gevaar anderzijds was.

De voornaamste „verdrinkingsclausules” zijn:

„Onder ongeval wordt mede verstaan . . . *onvrijwillige val* in het water” (F a t., IRO).

„Als „ongeval” wordt mede aangemerkt *verdrinking*” (NEN).

¹⁾ Bij mijn onderzoek in 1924 (46) is het merkwaardige feit aan het licht gekomen, dat de eerste „slachtoffers van de hitte” eerst op den derden of vierden dag van de hittegolf beginnen te vallen en de laatste nog 3—4 dagen na afloop daarvan!

„Onder ongeval wordt mede verstaan . . . *verdrinken door een onvrijwillige val in het water*” (AMO).

„In de verzekering begrepen zijn . . . ongevallen . . . als gevolg van zeilen en mits onder toezicht zwemmen en baden” (NHAV).

„Als „uitwendig geweld” wordt ook aangemerkt *verdrinken* (ENO).

„Onvrijwillige verdrinking, wanneer deze plaats vindt tijdens een boottocht op een meer of op zee, is slechts dan onder de verzekering begrepen, indien deze tocht te zamen met een ander volwassen persoon is ondernomen; indien zij plaats vindt bij het baden of zwemmen valt zij slechts dan onder de verzekering, indien zij een *gevolg* is van een onder de verzekering vallend *lichamelijk letsel* (Winterthur).

„Deze polis strekt zich ook uit tot . . . *verstikking door het onvrijwillig in het water vallen*; onder ongelukken worden mede verstaan . . . onvrijwillig *verdrinken* onder uitsluiting van *verdrinken door kramp of ziekte of andere inwendige oorzaak*, alles met inachtneming van het in art. 1 bepaalde (Pres.).

„onvrijwillig *verdrinken* door vallen in het water of door een andere *van buiten komende te bewijzen oorzaak*, onder uitsluiting van *verdrinken* als gevolg van congestie, kramp of een andere soortgelijke of *onbekende oorzaak* (Zürich).

„De dood door *verdrinking* is slechts dan in de verzekering begrepen, indien door *eischer het bewijs* wordt geleverd, dat de overledene *tengevolge van een ongeluk te water geraakt*, is of, indien het ongeval tijdens baden of zwemmen plaats vindt, *bewezen* wordt, dat het *verdrinken* tengevolge van een *toevallige inwerking van eenig vast lichaam* en niet door begeving van krachten, beroerte, krampeaanval of andere *inwendige stoornis* veroorzaakt is geworden” (RP).

„Het enkele feit, dat een menschelijk lichaam in het water wordt gevonden geldt niet als bewijs van een ongeval” (IRO) (cf. blz. 136).

HET GEWELDDADIGHEIDSELEMENT BIJ DEN VERDRINKINGSDOOD

Bron van veel verruiming is identificatie van de ongevalsgebeurtenis in ruimeren of engeren zin met het ongeval. De schadetoebrengeende inwerking bij *verdrinking* is nl. noch *de val in het water*, noch *het water*¹⁾, maar hetzij het *binnendringen van water in de luchtwegen*, hetzij *krampachtige afsluiting van de luchtwegen*: in beide gevallen is *zuurstofgebrek de doodsoorzaak*.

De schadetoebrengeende inwerking, dus het ongeval in engeren zin, resp. het gewelddadige, is dus de zuurstofonthouding. De val in het water is slechts *ongevalsoorzaak* en het onvrijwilligheids criterium pleegt hier dus van het ongeval naar de ongevals-

1) Ook niet het „*onder water geraken*”(!): Arb. 9 Dec. 1911, W. 9270.

oorzaak overgebracht te zijn (behoort eigenlijk bij de uitsluiting thuis). Zie mijn beschouwingen op blz. 48.

De moeilijkheid met betrekking tot de constructie van de gewelddadigheid bij verdrinking bestaat slechts in zooverre, als men bij geweldsinwerking op het lichaam slechts oog heeft voor de mechanische beschadiging van de *anatomische* ongereptheid. Daarnaast is ten minste even gewichtig de *functioneële* ongereptheid, die voldoende toevoer van zuurstof en een zekere zuurstofspanning vereischt, alsmede de afwezigheid van bepaalde, voor leven en gezondheid gevaarlijke, gassen en dampen. Zuurstofonthouding, plotselinge of overmatige wijzigingen van den zuurstof(lucht)druk, aanwezigheid van bepaalde gassen en dampen staan dus als „schadetoebrengeende inwerkingen” op levensgewichtige lichaams*functies* geheel op één lijn met de mechanische inwerking op den samenhang der weefsels en organen.

DE INVLOED VAN INWENDIGE OORZAKEN

Een tweede bron van moeilijkheden is, vooral wanneer er reden bestaat voor de veronderstelling, dat de betrokkene wel zwemmen kon, de mogelijkheid van het (mede) in het spel zijn van inwendige oorzaken en wel van een causale of primaire ziektecomponent ¹⁾ (zie blz. 49). Dus weer van „eigen gebrek” (249 K!)

De zgn. „kramp” blijkt echter veelal een reflectorische, rechtstreeks veroorzaakt door de afkoeling en draagt dus minder een ziekelijk karakter dan men vroeger meende. Misschien zijn er personen met ziekelijk verhoogde vatbaarheid voor kramp (overgevoeligheid voor koudeprikkels). De eisch van de RP, dat de eischer de afwezigheid van inwendige oorzaken bewijst, is redelijk noch billijk. *Negativa non sunt probanda!*

Mijn slotsom is, dat

- 1e. de vraag of verdrinking wel onder het ongevalsbegrip valt, niet meer zal behoeven te worden gesteld, als men de ongevalsdefinitie in den door mij aangegeven zin wijzigt,
- 2e. dat de (on)vrijwilligheid, echter niet van den *val in het water*, maar van de *zuurstofonthouding*, op dezelfde wijze zal kunnen worden getoetst als bij andere ongevallen en,
- 3e. dat zoowel de bewijslast van de *vrijwilligheid* van de ver-

¹⁾ Zie o.a. Rtb. R'dam 3 Maart 1920, W. 10555, Hof Haag, 4 Nov. 1921, W. 10839, Rtb. R'dam, 23 Nov. 1926, W. 11678.

drinking als van de aanwezigheid van *inwendige oorzaken* op den verzekeraar behoort te worden gelegd.

VERSCHILLENDE ANDERE ASPECTEN VAN DIT VRAAGSTUK

In een deel van de zgn. verdrinkingsgevallen kan door lijk-opening worden aangetoond, dat hetzij de val in het water, hetzij de dood in het water, het gevolg was van causale of primaire ziektecomponenten, dus van een „*inwendige oorzaak*”.

Beroerte (hersensbloeding) pleegt geen gevolg maar oorzaak van een val in het water te zijn. Zoo ook een *epileptisch toeval*: beide ongevalsoorzaken zijn in vrijwel alle polissen ten overvloede nog uitdrukkelijk buitengesloten (zie blz. 118).

Zeer rationeel is het voorts, zooals enkele polissen doen, het risico terzake van verdrinking bij *vrijwillig* verblijf *in* of *op* het water afhankelijk te stellen van de omstandigheden. Bij zwemmen en baden bijv. van het beoefenen van deze sport in een bad- of zweminrichting onder voldoende toezicht en bij watertoeren van een soortgelijke beperking¹). Bij de ontwikkeling van de watersport gaan niettemin deze beperkingen in tal van opzichten te ver en verdient het de voorkeur het bezit van een zwemdiploma te eischen en het recht op schadeloosstelling bij ongevallen door zwemmen of baden te beperken tot plaatsen en tijden, waarop dit hetzij uitdrukkelijk toegestaan of althans bij verordening niet geheel of ten deele verboden is. Ook dit behoort bij de uitsluitingen thuis.

Door de tegenwoordigheid van een derde bij het onheil te eischen, wordt de opheldering van de ongevalsoorzaak vergemakkelijk (O. H a a g).

Irrationeel is de eisch, dat de verdrinking een gevolg moet zijn van een „*onder de verzekering vallend lichamelijk letsel*” (W i n t e r t h u r), resp. van „*een toevallige inwerking van eenig vast lichaam*” (R P). Wie als gevolg van een ongevalsletsel te water raakt, of zich te water bevindend als gevolg van een ongevalsletsel zich niet zwemmende kan houden en in een van beide gevallen verdrinkt, mag geacht worden als gevolg van het *eerste* ongeval te zijn omgekomen en daartoe is de constructie van een *tweede* ongeval overbodig. Zie verder GRAVENHORST (52), REUTER (53).

1) O. H a a g is de eenige die het onverschillig acht of het baden en zwemmen geschiedt in een *badkuip*(!), badhuis of open water.

VERSTIKKING DOOR GASSEN OF DAMPEN

Op grond van overwegingen van soortgelijken aard als bij de verdrinking omschreven, wist men voorheen in de polissen en in de rechtsliteratuur veelal niet goed raad met de vraag:

1e. of het begrip „verstikking” wel onder het ongevalsbegrip begrepen was en

2e. of de inademing of verstikking wel onvrijwillig geschied was.

De voornaamste „gasverstikkingsclausules” onder de insluitingen zijn:

„onvrijwillige *inademing* van *schadelijke* gassen” (F a t., IRO).

„*verstikking* door inademing van gassen of dampen” (NEN., ENO, N. L l o y d, O. Z w o l.)

„verstikking door onvrijwillige inademing van gassen of schadelijke dampen” (AMO) (P r e s.).

„onvrijwillig stikken door *uitstroomende* gassen of dampen” (NHAV, ER, N a t. O n d.).

„*overlijden* tengevolge van inademing van gassen of dampen, *mits* deze inademing heeft plaats gevonden *buiten het domicilie* van den verzekerde en tengevoege van de maatschappij het bewijs wordt geleverd, dat de *oorzaak* ligt in een gebrek of fout van de *inrichting van leiding of toestel*, hetwelk de gassen of dampen bevatte” (MADB).

„stikking door *onverwachts uitstromen* of *onvermoed aanwezige* gassen of dampen” (RP).

„onvrijwillige verstikking, tengevolge van *plotseling* uitstroomende dampen of gassen” (O. H a a g).

Nu eens vormt reeds de *inademing* een ongeval (mits letsel natuurlijk) en valt dus *elke gasvergiftiging* (ook de niet doodelijke) er onder, dan weer wordt „verstikking” of „stikken” of uitdrukkelijk „overlijden” geëischt en beperkt zich de werking van de clausule tot „*dood door gasvergiftiging*”.

Ook de beperking tot „*schadelijke gassen*” is van belang, omdat de inademing van onschadelijke gassen wel gevaarlijk kan zijn (door zuurstofonthouding) en „*schadelijke* inwerking van gassen” niet identiek blijkt met „inwerking van *schadelijke gassen*”! Gezwegen over het wetenschappelijke verschil tusschen dampen en gassen.

HET UITSTROOMINGSVEREISCHE

Een beperking van geheel anderen aard is de soms opgenomen „*uitstroomingseisch*”. Deze veronderstelt de aanwezigheid der gassen in een reservoir of toestel, resp. leiding. Bij koolmonoxyde-

vergiftiging (kolendamp) b.v. ontbreekt veelal een dergelijk reservoir, toestel of leiding.

„Plotseling” uitstroomen staat tegenover „geleidelijk” uitstroomen (plotseling tegenover geleidelijk opgetreden vergiftigingsgevallen).

In de clauseule van de MADB heeft het „*buiten domicilie*”-vereischte niet veel zin. De „oorzaak” is niet die van het ongeval (het overlijden), maar van de inademing. „*Gebrek of fout van inrichting van leiding of toestel*” sluit niet slechts tal van vergiftigingen door niet uit toestellen of leidingen gestroomde gassen (gezwegen van de dampen) uit, maar bovendien fouten in de *bediening* van gashoudende toestellen en(of) leidingen.

Wat ik bij de verdrinking over de toepassing van het gewelddadigheids criterium heb gezegd, is veelal ook op de verstikking door gassen en dampen van toepassing. Deze moeilijkheid valt bij mijn algemeene ongevalsdefinitie (zie blz. 67) eveneens weg.

IS DE NARCOSEVERSTIKKINGSDOOD EEN ONGEVAL?

Merkwaardig is, dat onder vele verstikkingsclausules feitelijk de narcose valt, althans de narcoseverstikkingsdood door overdoseering. Daaraan kan het feit, dat men zich vrijwillig aan de narcose onderwerpt, niets afdoen, want de verstikking is nooit vrijwillig, tenzij men zelfmoord pleegt door opzettelijke inademing van een narcoticum.

Voorts rijst in verband met de tegenwoordige organisatie van de luchtbescherming, waarbij de gasweer in het middelpunt van de belangstelling staat, de vraag of en in hoeverre ongevallen bij gasoefeningen als gevolg van fouten in constructie en gebruik van gasmaskers in het ongevalsrisico zijn begrepen.

Voor zoover het leden van brandweer of reddingstroepen betreft met een vrijwillig karakter, zal men meestal van de nader te bespreken clauseule, dat ongelukken bij reddingspogingen in het risico begrepen zijn, kunnen profiteren.

De beroepsbrandweer en de beroepsgassers (desinfectie met blauwzuur-gas of met andere schadelijke gassen of dampen) worden als regel van de gewone particuliere ongevallenverzekering buitengesloten en dekken hun belangrijk verhoogd risico uit dien hoofde door bijzondere verzekeringsovereenkomsten.

INFECTIE EN INFECTIEZIEKTEN

Een van de oudste en wellicht moeilijkste problemen van ongevallenverzekeringsrecht is het „infectievraagstuk”.

Dit kan zich in zeer verschillende vormen voordoen:

1. bij de verwonding worden ziektekiemen in het lichaam gebracht (*primaire* wondinfectie);
2. de wonde wordt later geïnfecteerd (*secundaire* wondinfectie);
3. zonder aanwijsbare wonde kan plotseling een, door kennelijk van buiten af in het lichaam binnengedrongen ziektekiemen veroorzaakte, kwaadaardige *infectie* optreden (*primaire septicaemie*);
4. idem kan plotseling een, door kennelijk van buiten af in het lichaam binnengedrongen ziektekiemen veroorzaakte, *infectieziekte* optreden met *bijzonder* karakter.
5. idem kan een infectieziekte, veroorzaakt door alomtegenwoordige ziektekiemen, optreden.

ad 1. Bij de *primaire wondinfectie* is het binnendringen van de ziektekiemen onafscheidelijk van de schadetoebrengende (gewelds)inwerking. Ofschoon men er over twisten kan of het infectieproces als „rechtstreeksch” *letselgevolg*, wel „rechtstreeksch” en „eenig” *ongevalsgevolg* is, wordt algemeen het traumatische karakter van deze *primaire* wondinfectie erkend en deze hetzij als ongeval, hetzij als rechtstreeksch ongevalsgevolg erkend, *ook zonder uitdrukkelijke vermelding in de polis*.

Theoretisch kan men zeggen: geen wonde zonder infectie; van „wondinfectie” in engeren zin is evenwel eerst sprake, wanneer de infectie, als ontwikkeling van het wondgenezingsproces, tot waarneembare ziekteverschijnselen aanleiding geeft.

De strijd tusschen het verwonde organisme en de binnengedrongen ziektekiemen wordt bepaald door ernst en plaats van de verwonding, aard, aantal en kwaadaardigheid van de binnengedrongen ziektekiemen en wisselend peil van het plaatselijk en algemeen weerstandsvermogen van het organisme.

ad 2. Bij de *secundaire wondinfectie* is het binnendringen van de ziektekiemen niet onafscheidelijk verbonden aan de schadetoebrengende (gewelds)inwerking. Ook is de infectie zeker geen eenig, noch rechtstreeksch *letselgevolg* en allerminst *ongevalsgevolg*. Maar waar *primaire* en *secundaire* wondinfectie vloeiend in elkaar overgaan en het trekken van een grens theoretisch en

practisch niet mogelijk is, lag het voor de hand ook de secundaire wondinfectie als ongevalsgevolg te aanvaarden ¹⁾.

Daartoe was vermelding onder de insluitingen vooral aangegeven in die polissen, waarin de eisch van het „eenig en rechtstreeksch ongevalsgevolg” (resp. letselgevolg) werd gesteld. Zoowel de primaire als de secundaire wondinfectie kan het karakter van een acute algemeene infectieziekte dragen.

DE GELIJKSTELLING VAN „BLOEDVERGIFTIGING” MET ONGEVAL(SLETSEL)

Zoo ontstond de gelijkstelling van „bloedvergiftiging” ²⁾ (= septichaemie), uitgaande van een ongevalsverwonding, met ongeval of ongevalsletsel.

Nu eens werd de *indringing van de ziektekiemen zelf als schade-toebrengende inwerking* (ongeval) aanvaard, met verdoezeling of terzijdestelling van den gewelddadigheidseisch (zie blz. 50). Dan weer de *infectie als verwickeling van de wonde* (het letsel) als letselgevolg aanvaard, met terzijdestelling van den strengen eisch van het „eenig en rechtstreeksch gevolg” (zie blz. 59).

ad 3. Tusschen primaire en secundaire wondinfectie eenerzijds en primaire septichaemie anderzijds, bestaan vloeiende overgangen. Herhaaldelijk komen gevallen van „bloedvergiftiging” voor uitgaande van minimale letsels of zelfs zonder dat men met zekerheid een dergelijk letsel heeft waargenomen (vooral aan de handen, die regelmatig zijn blootgesteld aan kleine beschadigingen). De individueele vatbaarheid wisselt.

1) KAUFMANN (42) wijst op het feit, dat beide „in ononderbroken, met den normalen gang van zaken overeenkomend (adaequaat) verband met het ongeval” staan. Inderdaad ontbreekt in de meeste gevallen een aantoonbare tusschenbeidekomende factor.

2) Verzekeringsexperts hebben telkens weer ten onrechte de neiging aan een vorm van „gewone vergiftiging” (in den zin van intoxicatie) of aan een „infectieziekte” te denken en waar beide in de meeste polissen buitengesloten zijn, gevallen van „bloedvergiftiging” af te wijzen, ook in die gevallen, waarin uitdrukkelijk de polis de „wondinfectie” insluit. (cf. de in Engelsch-Amerikaansche polissen min of meer gebruikelijke clause „This insurance shall not cover injury, disability, death or any other result caused wholly or partly, directly or indirectly by ptomaines or disease germs or any kind of infection, whether introduced or contracted accidentally or otherwise (excepting only septic infection of and through a visible wound caused directly and independently of all other causes by violent and accidental means). (Metropolitan).

Ook bij niet direct aanwijsbare verwonding, ligt de *bijzondere uitwendige oorzaak* der primaire septichaemie zóó voor de hand — en wordt overigens door de verzekerden stilzwijgend verondersteld — dat aanvaarding als ongeval of als ongevalsletsel vanzelf sprak. En dat vooral bij verzekerden, die door werken in besmet milieu in bijzondere mate aan infectie zijn blootgesteld. Zoo kwam *de infectieclausule voor de artsen* (tandartsen, veeartsen, vroedvrouwen) tot stand (zie blz. 88).

ad 4. Tusschen de primaire septichaemie en de hier bedoelde infectieziekten bestaat verwantschap. Het bijzondere karakter van bepaalde ziektekiemen wordt bepaald door hun zeldzaam, slechts onder bepaalde omstandigheden voorkomen, zoodat bepaalde arbeid of arbeid onder bepaalde omstandigheden met bijzonder infectiegevaar gepaard gaat. Bijv. infectie van een slager met miltvuurbacillen, besmetting van een dokter of verpleegster met de van een hunner patiënten afkomstige verwekkers van cholera, pokken, buiktyphus, diphtherie, enz.

ad 5. De groep van de alledaagsche infectieziekten grenst aan die van de bijzondere. Bij ziekten als mazelen, roodvonk, kinkhoest, influenza, draagt het infectiegevaar voor bijna niemand een dermate uitzonderlijk karakter, dat gelijkstelling met ongeval of ongevalsgevolg gewettigd is. Het komt er dus op aan in polissen, die de vierde groep gelijk stellen met ongevallen, de grens tusschen groep 4 en 5 duidelijk te trekken. (Zie verder KAUFMANN (42) II 30 e.v., I 251 e.v.).

HET INFECTIEVRAAGSTUK IN DE SOCIALE VERZEKERING

Reeds in een vroeg stadium van de ontwikkeling van de sociale ongevallenwetten stelde de Centrale Raad van Beroep zich op het standpunt,

„dat het indringen van ziektekiemen met ziekte als gevolg, mits het plotseling geschiedt, is te beschouwen als een ongeval”.

Sedert de gelijkstelling van „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking” met ongevallen in engeren zin, heeft dit standpunt van den Centralen Raad een verruiming ondergaan. Deze Raad overwoog (1932, No. 975, Maandblad Maart 1933, blz. 86):

„al moge het binnendringen der ziektekiemen niet plotseling zijn geschied, onder gelijke voorwaarden bestaat aanspraak, indien de

door het binnendringen veroorzaakte ziekte in een betrekkelijk korten tijd is ontstaan".

Dit illustreert nog eens de vereenzelviging van *inwerking* (causa) en *uitwerking* (effectus) met betrekking tot den „betrekkelijk-korten-tijds"-eisch (zie blz. 43).

Medisch is het zwakke punt van deze constructie, dat een ziektekiem niet meer dan een ondeelbaar oogenblik voor de *binnendringing* noodig heeft. De tijdsduur, die het „ontstaan van de infectieziekte" (medisch = incubatieperiode) kenmerkt, is echter niet afhankelijk van de *binnendringing*, maar van den tijd, die de kiemen noodig hebben zich in het lichaam te vermenigvuldigen. De ziekte wordt trouwens niet rechtstreeks door het binnendringen veroorzaakt.

Aanvaarding van *roodvonk*, *diphtherie*, *alastrim*, *miltvuur*, *baardschurft* (sycosis parasitaria, trichophytia profunda), *ziekte van Weil* als *ongevallen* kan men vinden in uitspraken van 1932 (No. 66, Maandblad 1932, blz. 185; No. 203, Maandblad 1932, blz. 182; No. 975, Maandblad 1933, blz. 86) en van 1937 (Periodieke verzameling 1937, blz. 633), terwijl de eenige afwijkende uitspraak uit de beginperiode dateert van 1930 (D. 840) en in de uitspraak van 1937 vermeld is.

Sedert 1928 wordt in de sociale verzekering dus de vraag, of een infectieziekte een ongeval is, beheerscht door de vraag of zij al dan niet is ontstaan „*in verband met de dienstbetrekking*". Zoodanig verband mag slechts worden aangenomen, indien de beroepswerkzaamheden met kennelijk verhoogd infectiegevaar gepaard gaan en de verzekerde buiten die beroepswerkzaamheden — dus in zijn particuliere leven — niet of in veel mindere mate aan het infectiegevaar is blootgesteld.

DE OUDERDOM VAN DE INFECTIECLAUSULES

Hoe oud de infectieclausule in de particuliere verzekering is, bleek mij niet. In de polis van de *Thuringia* kwam reeds in 1890 de volgende clausule voor:

„Eine Ausnahme von dem vorstehendem Ausschluss der Vergiftungen bildet die Blutvergiftung, welche in *unmittelbaren Anschluss an gleichzeitig erlittene äussere Verletzungen* (inbesondere also der Aerzte bei Operationen und Obduktionen) entsteht".

Terwijl hier nog een *uitzondering op een uitzondering* werd geconstrueerd, bevatte de polis van de *Allianz* te Berlijn van hetzelfde jaar de *gelijkstelling* met ongeval:

„Ebenso gelten Blutvergiftungen, welke in unmittelbaren Anschluss an gleichzeitig erlittene äussere Verletzungen entstehen als Unfälle im Sinne der Versicherung“.

MEHLER (49) wees er trouwens in 1890 op, dat als regel toen medeverzekerd waren bloedvergiftigen, die een arts bij het verrichten van lijkopening en operaties oploopt. Hij voegde er de opmerking aan toe, dat deze voor de artsen gewichtige kwestie niet uniform geregeld was bij de gebruikelijke artsenpolissen. Sommige polissen stelden den eisch, dat de verwonding, welke de infecteerende stof als ingangspoort diende, ook gedurende het verrichten van de infecteerende lijkopening of operatie opgedaan moest zijn. Andere polissen omvatten mede het bij operatie of sectie geïnfecteerd worden (dan ontbreekt het „*gelijktijdigheidsvereischte*“ dus) van een reeds tevoren bestaande verwonding.

DUNHAM (50) vermeldt, dat in Engeland eerst in 1893 — in aansluiting aan de Engelsche besmettelijke-ziektenwet van 1889 — door een verzekeringsmaatschappij tegen ongevallen overgegaan werd tot een „combination policy“, die behalve spoorwongevallen ook buiktyphus, vlektyphus, roodvonk en pokken omvatte. Dit voorbeeld vond in Engeland navolging. In 1897 waren er reeds 26 maatschappijen, waarvan 12 diphtherie, 20 mazelen en 3 cholera hadden toegevoegd. In ons land heeft de Philanthroop (zie blz. 22) zich in een vroeg stadium met deze verzekering beziggehouden. (Zie verder de huidige infectieziektenclausule van de F a t. op blz. 89).

HET INTERNATIONALE RAPPORT VAN 1891

De Committee on uniform policy-phraseology, van de International Association of Accident Underwriters (opgericht 1891, voorzitter Franklin J. Moore), oordeelde in 1905 een aparte clausule *niet* noodig, omdat de „moderne“ polissen geen excepties meer zouden bevatten. Wilde men de aansprakelijkheid beperken tot de gevallen van *gelijktijdige* infectie, dan werd de volgende clausule aanbevolen:

„injuries received solely bij accidental septic poisoning caused by cuts or wounds sustained by a physician or surgeon while performing a surgical operation or autopsy, by a dentist while performing a dental operation, or by an undertaker while embalming, inoculation of infection in either case being *simultaneous* herewith“.

Een eenvoudiger clauseule ontleent DUNHAM (50) aan een Amerikaansche polis:

„in event of death or disability from septicemia or blood poisoning due directly to a bodily injury”

KAUFMANN (42) (51) heeft speciaal studie gemaakt van de ontwikkeling van de „Infektionsklausel für Ärzte”. De oorspronkelijke „Morian'sche Klausel” luidde:

„bloedvergiftigingen bij operatie of obductie opgelopen gelden als ongevallen”.

Daardoor werd alleen het bewijs van de veroorzaking van de infectie door verwonding overbodig.

DE DUITSCHE VERRUIMDE „INFEKTIONSKLAUSEL” VOOR ARTSEN

Later is in Duitschland de volgende „erweiterte Infektionsklausel” voor artsen vastgesteld, die op verzoek ook in de polissen van tandartsen, tandtechnici, natuurartsen(!), veeartsen en vroedvrouwen werd opgenomen:

„eingeschlossen sind alle Infektionen bei denen durch Ausübung des Berufes der Ansteckungsstoff *nachweislich* durch äussere Verletzungen oder durch *Einspritzen infektiöser Massen* in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt ist”.

Met de toevoeging „onopzettelijk” en verplichte aangifte bij eerste vermoeden, alsmede

„ohne *nachweisbare gröbliche* Ausserachtlassung der gebotenen Vorsichtsmassregeln seitens der Versicherten”.

Het „inspuitings-mechanisme” heeft in de Duitse jurisprudentie tot verschillende belangwekkende uitspraken aanleiding gegeven ¹⁾.

INFECTIECLAUSULES STANDAARDPOLISSEN

Aan de voornaamste standaardpolissen ontleen ik de navolgende infectieclausules:

1) Bij een geval van roodvonk, waarbij niets van „inspuiting” bekend of gebleken was en kennelijk „druppelinfectie” (Tropfcheninfektion) in het spel was, stelde het Reichsgericht in 1932 de Maatschappij, die uitkeering geweigerd had, in het ongelijk, overwegende, dat voor „Einspritzung” toch „Anhauchen” en „Einatmen” voldoende was, terwijl van „infektiösen Massen” niet alleen bij tastbare deeltjes, maar ook bij „niet waarneembare kleinste deeltjes” sprake zou zijn. De aantoonbaarheids-eisch („nachweislich”) werd dus heel ruim genomen.

„onder de verzekering begrepen: *bloedvergiftiging*” (O. Z w o l.)
 „als ongevallen worden mede beschouwd: *wondinfectie*, waarbij de smetstof door een ongeval in het lichaam komt” (B l o m a)¹⁾.

„als ongeval wordt beschouwd: *bloedvergiftiging, gelijktijdig ontstaande* met letsel bij een in de verzekering begrepen ongeval” (E R).

„onder de verzekering zijn mede begrepen: *bloedvergiftiging*, mits een *rechtstreeks gevolg* van een ongeval” (F a t.) (I R O).

„onder de verzekering zijn begrepen: *infectie* en *bloedvergiftiging*, voor zoover zij tot oorzaak hebben een onder de verzekering vallend lichamelijk letsel” (W i n t e r t h u r).

„ook als gevolg van een ongeval verstaan: *bloedvergiftigingen* als *onmiddellijk gevolg* van *terzelfdertijd uitwendig* bekomen verwondingen” (R P).

„de verzekering strekt zich ook uit over: *infectie*, voor zoover deze *primair* is en dus het direct gevolg van een door een ongeluk ontstaan onvrijwillig *uiterlijk* letsel en wanneer blijkt, dat voor de verwonding op zich zelf uitkeering verplicht zoude zijn” (O. H a a g), terwijl onder uitsluitingen „besmettingen” opgenomen zijn.

„in de verzekering zijn begrepen: *bloedvergiftiging* als *onmiddellijk gevolg* van een ongeval, dat recht op schadevergoeding geeft, alsmede die, welke het onmiddellijk gevolg is van verwondingen, die *artsen bij operaties of lijkschouwingen* bekomen”; maar „nietinbegrepen de gevolgen van bloedvergiftiging, veroorzaakt door zweren, abscessen en dergelijke ziekteverschijnselen” (N H A V).

„onder de verzekering zijn *niet* begrepen: *ziekten ontstaan door bloedvergiftiging*, *tenzij* de vergiftiging *direct* door een door de Mij erkend ongeluk veroorzaakt is” (P r e s.).

Al deze verouderde clauses omvatten niet veel meer dan de primaire en hoogstens de secundaire wondinfectie, wat zoo vanzelf spreekt, dat het geen bijzondere vermelding noodig had²⁾. Het heeft geen zin „gelijktijdig ontstaan” en nog minder „uitwendig bekomen verwondingen” te eischen (onmiddellijk gevolg).

De primaire septichaemie is niet ingesloten, als er geen aanwijsbare verwonding is en dat is zeker een leemte.

Bij moderniseering van het ongevalsbegrip op de door mij op blz. 67 aanbevolen wijze, kunnen zonder bezwaar al deze primitieve infectieclauses geschrapt worden.

INFECTIECLAUSULES ARTSENPOLISSEN

Thans de infectieclausules uit de voornaamste artsenpolissen³⁾:

1) Cf. DAMVW § 2 en Veröffentl.-Reichsaufsichtamt für Privatversicherung 1913, 113 No. 767 en 1923, 42, No. 767.

2) Terecht bevat de EOA-polis dan ook geen infectieclausule.

3) Zie ook de eigenaardige constructie van de Phil. blz. 92.

„Mede is in de verzekering begrepen infectie, waaronder ook primaire septicaemie, primaire pyaemie of primaire septico pyaemie als gevolg van een plotseling ontstane uitwendige verwonding, ook al heeft de infectie niet plaats gehad tegelijk met of onmiddellijk na het ontstaan der verwonding" (F a t.).

„mede in de verzekering is begrepen: wondinfectie (waaronder ook primaire septicaemie, primaire pyaemie en primaire septico pyaemie) onverschillig of al dan niet verband met de uitoefening van het beroep kan worden aangetoond en ook al kan geen ongeval (kwetsing) worden bewezen (ER, NHA V), zonder „en ook" (EOA).

De eerstgenoemde clausule omvat alleen de primaire en secundaire wondinfectie en is voor den arts vrijwel waardeloos.

Deze artsenpolis bevat voorts de volgende clausule:

„onder de verzekering zijn mede begrepen: pest, cholera, gele koorts, vlektyphus, febris recurrens en variola major (pokken), zoolang de wet houdende voorzieningen tegen besmettelijke ziekten er op toepasselijk is" (F a t.).

De meeste hier opgesomde, tot groep A van de besmettelijke ziektenwet behorende, exotische infectieziekten ¹⁾ komen in Europa heelemaal niet voor en had men gerust kunnen weglaten.

De beperking „zoolang de wet, houdende voorzieningen tegen besmettelijke ziekten, er op toepasselijk is" heeft geen zin.

Staat men eenmaal op het gezonde standpunt, dat onder het ongevalsrisico van den arts ook de kans op besmetting met de voornaamste infectieziekten behoort gerekend te worden, dan is het niet meer dan consequent om ook de, in groep B van de besmettelijke-ziektenwet bedoelde, ziekten op te nemen.

Voor den arts is de beroepsbesmetting met een van de hier bedoelde infectieziekten zeker een „onopzettelijke, bijzondere

1) Alleen de vlektyphus kan den arts bedreigen, gezwogen van de pokken. Maar daartegen kan men zich vrij afdoende door regelmatige revaccinatie beveiligen en daartegen zal elke arts zich bij dreigend pokkengevaar zeker ook beveiligen (heel irrationeel is, dat men de variola minor of alastrim met voorbedachten rade heeft uitgezonderd).

In enkele polissen zijn nog uitdrukkelijk „musketiensteken" (F a t, reispolis) opgenomen (in de Fransche polis van de P r e s. vond ik behalve „morsures de serpents" ook de „piques d'insectes"). Deze behooren onder de gebruikelijke ongevalsdefinities te vallen.

De O. H a g sluit uitdrukkelijk alle infectie- en invasieziekten uit „ook indien deze, zooals bijv. bij gele koorts, malaria, slaapziekte, aangenomen worden door insectensteken veroorzaakt te zijn"; de MADB beschouwt niet als ongeval het bekomen van lichamelijk letsel tengevolge van insectenbeet.

schadetoebrenge inwerking op het lichaam, den dood of arbeidsongeschiktheid ten gevolge hebbend". (zie blz. 67).

INTOXICATIES

Inwerking van vergiften kan zeer verschillende gevolgen hebben. Sterkte van het vergif (*werkingsintensiteit*), duur van de inwerking (*werkingsduur*), oppervlakte van de inwerking (*werkingsduur*), oppervlakte van de inwerking (*werkingsextensiteit*) en zoowel de *plaats* van inwerking als de *gevoeligheid* van het betrokken individu bepalen de *uitwerking*, alsmede het tijdsverloop tusschen *inwerking* en *uitwerking*.

Kortdurende *inwerking* van een sterk vergif geeft *onverwijld* (zgn. *acute*) vergiftigingsverschijnselen, langdurige *inwerking* van kleine hoeveelheden van een zwakker vergif, *na verloop van tijd*, zgn. *chronische* vergiftigingsverschijnselen. Tusschen beide bestaan vloeiende overgangen. Bij de peracute intoxicaties is de momentaniteit zoo uitgesproken, dat het „plotselinge" (zoowel van de *inwerking* als van de *uitwerking*) onbetwistbaar is. Bij bijtende vergiften, die oogenblikkelijk versterf van huid of slijmvliezen veroorzaken, althans wonden, is het „gewelddadige" evenzeer als het „uitwendige" en „onmiddellijke" ongevalsver-eischte aanwezig, terwijl het *bijzondere* en *onvrijwillige* als regel vaststaat.

Hier zijn dus alle voorwaarden voor het ongevalsbegrip vrijwel volledig vervuld (tenzij men gewelddadig met mechanisch of met fysiek geweld vereenzelvigt, wat in het spraakgebruik zeker niet het geval is; zie blz. 51).

DE MOEILIKHEDEN BIJ MEER SUBACUTE EN CHRONISCHE INTOXICATIES

Moeilijkheden geven natuurlijk de meer subacute en chronische intoxicaties, die uiteraard minder plotseling optreden. Dat verklaart het feit, dat men in verschillende polissen een poging waagt om de onder het ongevalsbegrip vallende vergiftigingen nader aan te duiden:

„*vergiftiging*, hetzij door misdadig opzet van derden, of door het bij vergissing tot zich nemen van een vergiftig of bijtend, niet voor drinken bestemd vocht, mits genoemde oorzaak behoorlijk wordt bewezen, onder uitsluiting van alle andere gevallen van vergiftiging" (Z ü r i c h)

„*vergiftiging* door het onvrijwillig gebruik van schadelijke spijsen of dranken” (P r e s.).

„de verzekering strekt zich ook uit over: lichamelijk letsel, ontstaan door *bijtende stoffen*” (O. H a a g).

In dit verband is het ook goed steeds onder de uitsluitingen te zoeken:

„Onder de verzekering zijn niet begrepen, ongevallen ontstaan in verband met gebruik van schadelijke *spijsen of dranken* (F a t).

„onder de verzekering zijn niet begrepen *vergiftiging*; nadeelen, die door het gebruik van spijs, drank, *medicamenten* of schadelijke stoffen ontstaan (NHAV, N a t. ond., O. H a a g).

„als ongeval worden niet beschouwd gevolgen van het gebruik van schadelijke spijsen, dranken of stoffen” (O. Z w o l.).

„uitgesloten beledigingen door het innemen van spijs of drank van medicamenten of schadelijke stoffen (RP).

Deze materie is te minder bevredigend geregeld, waar het vaststaat, dat een belangrijk deel van de gevolgen van schadelijke spijsen en dranken juist niet op de aanwezigheid van „*vergift*” in engeren zin berusten, maar op „*infectie*” (paratyphus, dysenterie).

De DAMVW en OAMVW sluiten alle vergiftigingen uit. Door *verruiming van de ongevalsdefinitie in den door mij aangegeven zin* (zie blz. 67) *vallen vele vergiftigingen er wel onder.*

RECHTMATIGE VERDEDIGING EN REDDINGSPOGINGEN ALS ONGEVALSOORZAAK

In vele polissen komt men als uitzondering op de uitsluiting van de gevolgen van vermijdbare gevaarlijke situaties (waarbij dus het *onvrijwilligheidselement* ontbreekt), onder de insluitingen enkele „vermijdbare gevaarlijke situaties” tegen, die wel recht laten bestaan op schadevergoeding. Rechtmatige verdediging en reddingspogingen nemen daaronder een eerste plaats in.

„onder de verzekering zijn begrepen dood of kwetsing *rechtstreeks* tengevolge van rechtmatige verdediging van eigen of eens anders lijf, of van poging tot redding van *personen*” (F a t.; IRO).

„ongevallen *als gevolg van* rechtmatige zelfverdediging, bij het redden van personen of *goederen* of het *afwenden van dreigende gevaren*” (NHAV).

„ongevallen, welke den verzekerde overkomen *bij* rechtmatige zelfverdediging, bij poging tot redden van personen of *goederen* of tot *afwending van dreigend gevaar*” (ER).

„als ongeval wordt beschouwd het bekomen van lichamelijk letsel

bij pogingen van den verzekerde tot redding van mensch of dier of bij afweering van dreigende gevaren" (MADB).

„ongevallen den verzekerde overkomen bij rechtmatige verdediging van eigen of eens anders lijf en redding van menschenlevens of door noodzaak geëischte poging daartoe (O. Z w o l.).

„ongevallen ontstaan bij het redden van personen of goederen, bij verdediging uit noodweer en ten opzichte van artsen bij noodzakelijk geachte operatiën met gevaar van infectie" (Phil).

Men verlieze de mogelijkheid niet uit het oog, dat in dezelfde polissen uitsluitingen voorkomen, die weer een uitzondering op deze insluitingen maken (bijv. oproer, onlusten, samenscholingen, uitgesloten sport- of reisvorm).

DE DRAAGKRACHT VAN HET BEGRIP „RECHTMATIGE ZELFVERDEDIGING"

„Rechtmatige zelfverdediging" is niet identiek met de „noodzakelijke verdediging van eigen (of eens anders) lijf, eerbaarheid (of goed) tegen oogenblikkelijke wederrechtelijke aanranding" van 41 Sr. Zoekend naar een antwoord op de vraag, of „rechtmatigheid" behalve noodweer ook noodweereces omvat, komt men tot de slotsom, dat de ontwerpers van deze clausules zich in het geheel niet om den inhoud van de genoemde strafrechtelijke begrippen bekommerd hebben.

In 41 Sr. vormen zij trouwens een strafbaarheid-uitsluitingsgrond voor den *dader*, zonder dat daardoor de strafbaarheid van het *feit* weggenomen wordt.

Als men dus ziet, dat in de meeste polissen uitdrukkelijk worden uitgesloten de ongevallen bij begaan van misdaden of overtredingen (resp. bij pogingen daartoe), dan is het duidelijk, dat de „rechtmatige zelfverdediging" daarop een uitzondering bedoelt te maken. *Als criteria voor de rechtmatigheid der (zelf)verdediging moet men dus uitsluitend verzekeringsrechtelijke redelijkheidsnormen aanleggen.*

Noch de noodzaak van 41 Sr., noch de oogenblikkelijkheid en wederrechtelijkheid van de aanranding, behoeven dus element van de rechtmatigheid van de zelfverdediging te vormen en zoowel de grenzen van de noodzakelijkheid van de verdediging als de grenzen van de noodzakelijke verdediging zijn verder irrelevant.

REDDINGSPOGINGEN EN „AFWENDING (AFWERING) VAN DREIGENDE GEVAREN”

In sommige polissen is alleen sprake van rechtmatige *zelfverdediging*: dus valt daar de rechtmatige verdediging *van anderen* niet onder. Maar waar verdediging en reddingspogingen veelal in één adem genoemd worden, is het aannemelijk, dat rechtmatige verdediging van eens anders lijf begrepen is in (poging tot) redding van personen. Opmerkelijk is, dat in vele polissen de verdediging *van eigen goed* evenmin genoemd wordt als de redding van *anderer goed*. Zoo zijn ongevallen, ontstaan bij gelegenheid van brand door poging tot redding van goederen, in sommige polissen wel, in andere weer niet ingesloten.

De vraag of „goederen” al dan niet „dieren” omvatten, is minder belangrijk dan zij schijnt en dat wel door de toevoeging in de meeste polissen van de clausule „*afwending (afwering) van dreigende gevaren*” zonder beperking tot personen, dieren of goederen. Die clausule beschermt zelfs de „eerbaarheid”.

Die clausule omvat nl. niet slechts de rechtmatige verdediging van eigen en anders lijf en goed, laat staan de „noodzakelijke” verdediging, maar *elke redelijke maatregel ter voorkoming en bestrijding van eenig gevaar*. Dat gevaar omvat heel wat meer dan (wederrechtelijke) aanranding en bijv. elke schade-dreiging (storm, brand, overstroming, hagel, enz.).

Redelijkerwijs omvat „redden”, „verdediging”, „afwenden van gevaren” tevens *elke poging daartoe*, anders zou het recht op schadeloosstelling afhankelijk zijn van de vraag of de poging met succes bekroond wordt. Niet redelijk is dan ook de beperking van de O. Z w o l. tot pogingen „door noodzaak geëischt”, in het midden gelaten welke maatstaf men aan het noodzakelijkheidsvereischte zou moeten en mogen stellen. Waar zelfs de in 450 Sr. strafbaar gestelde verlating van hulpbehoevenden de afwezigheid van, redelijkerwijs bij de reddingspogingen te duchten, gevaar veronderstelt, kan de aard van de in de genoemde clausule bedoelde noodzaak moeilijk een strafrechtelijk karakter dragen.

SPORTBEOEFENING EN VERKEER ALS ONGEVALSOORZAKEN

In theorie gaat *sportbeoefening* gepaard met min of meer verhoogd ongevalsrisico.

In de *praktijk* moet een redelijke beoefening van *amateursport*

onder normale omstandigheden als een normale levensuiting worden beschouwd.

Met *beroepssport* staat het anders en zeker is ook de stelling te verdedigen, dat *wedstrijdsport* niet zonder meer tot „normale sportbeoefening” mag worden gerekend. Hoe dit zij, vele polissen maken een verouderden indruk door ellenlange „sportclausules” met opsomming van toegelaten spelsoorten, steeds zonder *wedstrijd*spel en *beroepsspel* uit te zonderen.

In theorie gaat *deelneming aan het verkeer* en zeker het gebruikmaken van *vervoermiddelen* als fiets en auto gepaard met een ongevalsrisico, dat zeker grooter is, dan dat aan de sportbeoefening verbonden. In de *praktijk* is het echter tegenwoordig de vraag of fietser en automobilist per eenheid van tijd en althans per eenheid van afstand meer risico loopen dan de voetganger.

Voor den *beroepschauffeur* en *beroepsfietser* staan de zaken weer anders. Hoe dit zij: het in één adem vermelden van de verschillende sporten en gebruik van fiets of auto, dateert uit den goeden ouden tijd, toen het gebruik van deze vervoermiddelen als sportbeoefening beschouwd werd, zooals het gebruik van bobslede of ski thans. Evenals normale sportbeoefening, behoort *deelneming aan het normale verkeer* door de ongevallenpolis gedekt te worden.

DE GEBRUIKELIJKE SPORT- EN VERKEERSCLAUSULES

Enkele voorbeelden van sport- en verkeers-clausules:

„inbegrepen: ongevallen als gevolg van atletiek, bandyspelen, badmintonspelen, biljarten, cricketen, golfspelen, gymnastiek, hockeyspelen, kaatsen, kegelen, kolfspelen, korfballen, paardrijden, ping-pongspelen, roeien, rolschaatsenrijden, schaatsenrijden, schermen, schieten, tennissen, voetballen, worstelen, zeilen en mits onder toezicht zwemmen en baden; wielrijden en automobielrijden (wielerwedstrijden en snelheidswedstrijden voor auto's en de voorbereiding tot beide uitgesloten, luchtvaart, mits” (NHAV).

„verzekering dekt ongevallen: tijdens het rijden met of besturen van automobielen; bij wielrijden, mennen, paardrijden, gewone jacht, visschen, skilooopen (behalve in het hooggebergte), tochten in de bergen, zoolang de verzekerde hetzij gebaande wegen volgt ofwel over terreinen gaat, welke ook voor ongeoeffende personen gemakkelijk begaanbaar zijn; bij roeien of zeilen, zwemmen, schieten, gymnastiek, schermen, tennis, golf, voetbal, hockey, korfbal, kaatsen, atletiek, cricket en schaatsenrijden, terwijl bij de sporten in deze alinea (dus roeien, enz.) deelname aan *wedstrijden* mede verzekerd is” (Z ü r i c h).

„inbegrepen: ongevallen bij wielrijden, uitgezonderd bij wedstrijden of training daartoe; bij *alle sport als liefhebberij of als ontspanning* begaan" (P r e s.).

inbegrepen: „het bekomen van lichamelijk letsel bij voorbereiding tot of deelneming aan de navolgende *wedstrijden*: voetbal, cricket-, tennis-, kaats-, kolf-, rolschaats-, golf-, hockey-, bandy-, roei-, zeil-, zwem-, biljart-, kegel-, schiet-, scherm-, gymnastiek-, en worstelwedstrijden" (MADB).

Een zeer voorzichtige en omvangrijke clause is de volgende:

„Met inachtneming overigens van het bepaalde in het vorige artikel (dat de ongevalsdefinitie — zie blz. 38, No. 9— bevat), geldt de verzekering voor ongevallen in of buiten bedrijf, hetzij die plaats vinden door eenige vervoermiddel te water of te land, door wielrijden, door autorijden, hetzij als bestuurder of als passagier, dan wel door het als passagier gebruikmaken van vliegtuig of luchtschip eener geregelde lijn, en voor ongevallen overkomen bij voorbereiding tot of deelneming aan korf-, cricket-, tennis-, kaats-, kolf-, schaats-, rolschaats-, golf-, hockey-, bandy-, roei-, zeil-, zwem-, biljart-, kegel-, schiet-, scherm- en gymnastiek*wedstrijden*, alsmede, mits uitdrukkelijk overeengekomen, ten aanzien van ongevallen veroorzaakt door andere takken van sport hier niet met name genoemd" (motorrijwielgebruik en duorijden moeten uitdrukkelijk verzekerd zijn, alsmede het gebruik van krachtwerktuigen) (EOA).

SPORT- EN VERKEERSCLAUSULES ONDER UITSLUITINGEN

Bij de *uitsluitingen* komen in tal van polissen ook sport- en verkeersclausules voor, bijv.:

„Tenzij tusschen partijen anders is overeengekomen, worden niet als ongevallen aangemerkt die, welke den verzekerde treffen in verband met tochten te water door den verzekerde alleen ondernomen, baden of zwemmen zonder toezicht van officieel daartoe aangestelde personen, luchtvaart anders dan als passagier in een vliegtuig of luchtschip van een geregelde lijn, het berijden van of meerijden met een motorrijwiel, bergsport" (NEN, P r e s.).

„niet begrepen: ongevallen bij: gletschertochten, zweefvliegen, luchtreizen anders dan als . . . , tochten in onderzeebooten, rijden per motorrijwiel als bestuurder of als passagier, rijden in een aan snelheidswedstrijd deelnemende automobiël, voorbereiding tot of deelneming aan *wedstrijden*, behalve . . . wedstrijden" (ER).

In de B l o m a-polis valt „duorijden, alsmede rijden in een *bijspanwagen*" onder motorwielrijden.

„Deze verzekering geldt niet voor ongevallen direct of indirect ontstaan gedurende de voorbereiding tot — of de deelname aan — wedstrijden of wedrennen op paarden, met voertuigen en op rijwielen,

onderzee-, vlieg- of luchtvaarttochten en steeple chases of bij het rijden op wielbanen" (Bloma).

„uitgesloten ongelukken *ter gelegenheid van als algemeen bekend staande gevaarlijke sporten of lichaams oefeningen*, zooals snelheidswedstrijden van allerlei aard, wedstrijden met motorwagens of andere en hunne daaraan voorafgaande trainingsoefeningen, wedkampen, wedvechten, worstelwedstrijden van allerlei aard, drijfjachten, jachten te paard of jagen op wilde dieren, luchtvaart" (Winterthur).

Tegenover de *steeds uitgeslotene*, staan de *altijd ingeslotene* en daartusschen in de „*insluitbare*”:

„Zonder meer zijn onder de verzekering niet begrepen, doch kunnen door een bijzondere overeenkomst en betaling eener extrapremie daaronder begrepen worden, de risico verbonden aan het gebruik maken van . . . aan tochten op gletscher of in het hooggebergte en de gevaren verbonden aan skilooopen in bergstreken (Winterthur).

UITGESLOTEN GEVAARLIJKE SPORTEN, SPELEN EN WAAGSTUKKEN

Een algemeene clause, die slechts ten doel heeft deelneming aan sport of spel, waaraan *bijzonder* risico verbonden is, uit te sluiten, komt in enkele polissen voor:

„uitgesloten ongelukken *bij* beoefening van *algemeen* als gevaarlijk bekend staande sporten of lichaams oefeningen . . . bij gebruikmaking van *ongewoon* gevaarlijke vervoermiddelen (ER).

„uitgesloten ongevallen, ontstaan door beoefening van boksen, ijshockeyen, bobslederijen en *andere gevaarlijke sporten*” (F a t.).

Een algemeene clause, die ten doel heeft zoo mogelijk de verzekerden te weerhouden zich onnoodig aan gevaar bloot te stellen, komt in den vorm van uitsluitingen in verschillende polissen voor, meestal in aansluiting aan de sport-*in-* en *wit-*sluitingsclausules:

„geen recht op uitkeering, indien het ongeval het *gevolg* is van *onnoodig blootstellen aan gevaar*” (NHAV).

„uitgesloten ongevallen aan den verzekerde overkomen *bij willekeurige en onnoodige blootstelling* ¹⁾ aan gevaar” (ER).

„*waagstukken*, waaraan bijzonder gevaar verbonden is” (O. Z w o l).

„in het algemeen de gevolgen van *waaghalzerijen*” (Z ü r i c h).

„door *onwettige* en nodelooze blootstelling aan gevaar” (P h i l.).

De „gevaarlijke waagstukken” zijn van Duitsch-Oostenrijksch-

1) Zie Rtb. A'dam 12 Oct. 1928, N.J. 1929, 814.

Zwitsersche origine (zie o.a. art. 3,4b DAMVW¹) verzekeringsvoorwaarden).

In sommige polissen wordt weer achter deze clausules de beperking opgenomen „tenzij ter rechtmatige zelfverdediging of bij reddingspogingen” (zie blz. 91).

Zoowel aan de overzichtelijkheid als aan de uniformiteit van deze in- en uitsluitingen ontbreekt heel wat. Dat de opsomming van alle mogelijke, al dan niet onnoozele, sporten en spelen geen zin heeft, is duidelijk: insluiting van alle *amateursporten* en -spelen *onder normale omstandigheden*, uitsluiting van *beroepsporten* en -spelen, afzonderlijke verzekering van motor en auto en van enkele met bijzondere gevaren verbonden *wedstrijdsporten* (wedrennen, zweefvliegen bijv.), resp. *wintersport* (speciaal skiën) en *bergsport* zou de voorkeur verdienen.

STRENGER SCHULDCRITERIUM IN SPORT- EN VERKEERS- CLAUSULES GEWENSCHT

Ook door toe te voegen

„behoudens die ongevallen, die kennelijk veroorzaakt zijn door roekeloosheid of grove schuld van den verzekerde”

en dus ten aanzien van deze groep een *strenger schuld criterium* te eischen, is belangrijke vereenvoudiging en verbetering mogelijk.

LUCHTVAARTRISICO

In de meeste moderne Nederlandsche ongevallenpolissen is tegenwoordig een eenvoudige luchtvaartclausule opgenomen²):

„ongevallen, door het als passagier gebruik maken van vliegtuig of luchtschip eener *geregelde lijn*” (EOA).

„luchtvaart, mits als passagier van een vliegtuig of luchtschip eener *geregelde lijn* of als passagier van *rondvluchten* der KLM in vliegtuigen door haar personeel bestuurd” (NHAV).

1) Sommige Engelsch Amerikaansche polissen spreken van „*wilful and wanton selfexposure to unnecessary danger*” en van „*perilous adventure*”; cf. art. 67 slot van de Zwitsersche ongevallenwet: „Die Anstalt ist befugt *aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse* von den Versicherung auszuschiessen” (zie besluit 215 en 1919).

2) De O. H a g sluit uitdrukkelijk ongevallen bij tochten per luchtvaartuig uit; cf. de Engelsch-Amerikaansche clausule: „This insurance shall not cover injuries, fatal or nonfatal, sustained as a result, directly or indirectly, of travel or flight in any species of aircraft, exept as a fare-paying passenger on a licensed aircraft by a licensed pilot on a scheduled aerservice regularly offered between specified airports”. (Metropolitan).

met kleine variaties, zooals

„rondvluchten boven Nederland” (F a t).

„bestuurd door een piloot in dienst van de KLM” (AMO).

„rondvluchten welke zijn georganiseerd door de KLM en geschieden met vliegtuigen, welke bestuurd worden door personeel in dienst van genoemde maatschappij” (ER).

De vraag rijst of verzekerden, met oude polissen zonder luchtvaartclausule, recht hebben op uitkeering bij luchtvaartongevallen, wanneer dit risico niet uitdrukkelijk is buitengesloten en niet onder een algemeene uitsluiting valt.

In het algemeen dus de vraag of nieuwe risico's mede door de verzekering worden gedekt, indien niet uitdrukkelijk buitengesloten of niet onder een algemeene uitsluitingsclausule vallend.

Ik zou daarop een bevestigend antwoord willen geven. Zoodra het reizen per vliegtuig op een geregelde lijn of bij een normale rondvlucht dermate ingeburgerd is, dat men van een „normaal vervoermiddel” spreken mag — al is het risico per eenheid van tijd of afstand dan ook wellicht niet onbelangrijk hooger dan het risico, aan meer gebruikelijke vervoermiddelen verbonden — mag men redelijkerwijze veronderstellen, dat dat risico verdisconteerd is in de ongevallenspremie van een verzekering, die dergelijke niet-meer abnormale risico's niet uitdrukkelijk buitensloot.

Zoodra een dergelijk gebruik geen „roekeloosheid” meer vormt en geen „gevaarlijk waagstuk”, mag men zich, zonder uitdrukkelijke uitsluiting, voor de ongevallen, daarbij bekomen, verzekerd achten, ook zonder uitdrukkelijke insluiting.

MILITAIRE DIENST ALS BRON VAN ONGEVALLEN

Terwijl alle polissen oorlog en oorlogsgevaren buitensluiten — geen verzekering zou het risico voor de gevolgen van den oorlog als „traumatische epidemie” kunnen dragen — maken de meeste een uitzondering voor ongevallen tijdens het nakomen van militaire verplichtingen in vreedstijd ¹⁾:

1) In één polis (*Bloma*) vond ik verval van de verzekering gestipuleerd bij in militairen (of politie-)dienst treden. Daaronder valt naar mijn meening slechts het in „actieven” militairen dienst treden en niet het opkomen voor eerste oefening of herhalingsoefeningen, noch het afsluiten van een vrijwillige verbintenis bij het reservekader of den vrijwilligen landstorm.

Zie voor de uitsluiting van ongevallen door oorlog, oproer en onlusten verder blz. 116.

„tijdens militaire *herhalingsoefeningen* in vreedestijd, onder uitsluiting van alle andere dienstitijden" (Zürich).

„in vreedestijd tijdens militairen dienst van een niet langeren *duur dan 45 dagen*" (Winterthur).

Niet rationeel is de beperking tot herhalingsoefeningen (dus met uitsluiting van „*eerste oefening*"') en tot opkoming gedurende een bepaalden termijn. Gedurende de „*eerste oefening*" is het ongevalleengevaar kleiner dan bij „*manoeuvres*". De duur is voorts geen factor.

Soms is een en ander onder de uitsluitingen geregeld. Eén polis (RP) sluit ongevallen uit „in militairen en marinedienst bij mobilisatie of in oorlogstijd" (eerste oefening en herhalingsoefeningen zijn dus ingesloten).

Een andere polis (O. Z w o l.) sluit uit ongevallen „in verband met oorlog, oproer, onlusten en *militaire oefeningen* of *expedities*" („*militaire oefeningen*" omvat kennelijk eerste oefening en herhalingsoefeningen).

Daarentegen moet de tusschen „zeilen op zee" en „het motorwielrijden" opgenomen uitsluiting van „*wapenoefeningen*" (O. H a a g) niet geacht worden op „*militaire oefeningen*" maar op „*schermen*" betrekking te hebben.

De vraag of de „*wapenoefeningen*", vrijwillig verricht, zij het in semi-militair verband — denk aan vrijwillige landstormburgerwacht (in tijd van vrede en rust) — onder de meeste polis-sen vallen, moet als regel ontkennend worden beantwoord. Zij vallen noch onder „*sporten en spelen*" (tenzij uitdrukkelijk genoemd), terwijl zeker ook geen sprake is van „*militaire (herhalings)oefeningen*". Dit is dus een leemte in de gebruikelijke ongevallenpolissen: zie de uitvoerige regeling in § 21 DAMVW.

LICHAMELIJKE KUNSTBEWERKINGEN ALS LETSELBRON

Een bijzonder trauma is de „operatie", de lichamelijke kunstbewerking, die met een redelijk — in casu geneeskundig (explo-ratief, curatief, preventief) — doel wordt verricht en waarbij opzettelijk letsel wordt toegebracht: door uitwendige inwerking van geweld, plotseling en rechtstreeks, bijzonder.

Alleen de toevalligheid ontbreekt, behalve dan bij de letsels die onvrijwillig het gevolg zijn van kunstbewerkingen, die niet het toebrengen van letsel beoogen. Het ligt in de rede aan gewone operatieletsels het „ongevals"-karakter te ontzeggen.

Maar er is één groep van operatieletsels, waarbij dat onbillijk zou zijn, nl. bij letsels, gevolg van operaties, die op haar beurt noodzakelijk bleken om dood of invaliditeit als *gevolg van een ongeval* geheel of ten deele te voorkomen. Die operaties, door ongevalsgevolgen noodig geworden, zijn op haar beurt — zij het meer verwijderde — gevolgen van het primaire ongeval.

UIT- RESP. INSLUITING VAN BEPAALDE LICHAAMELIJKE
KUNSTBEWERKINGEN

Dit verklaart de navolgende in- en uitsluitingen:

inbegrepen: „de *directe* gevolgen van een operatie op den verzekerde toegepast, wanneer een ongeval de operatie *rechtstreeks noodzakelijk* maakte” (F a t., I R O).

uitgesloten: „verwonding van den verzekerde bij operatiën, die hij aan zijn lichaam verricht of laat verrichten (zullende het knippen van nagels of opperhuid en het snijden van eksteroogen niet als zulk een operatie worden beschouwd), voor zoover die operatiën niet ten gevolge van een ongeval noodzakelijk zijn geworden” (B l o m a: = DAMVW § 3.3).

uitgesloten: „beledigingen bij of tengevolge van operatiën, die aan den verzekerde worden voltrokken of bij zelf verrichte, operatieve en andere inwerkingen op eigen lichaam, ook bij het snijden van nagels en likdoorns of bij krabben” (R P), (zelfde strekking O. H a a g.).

uitgesloten: „operaties, door den verzekerde zelf, of door een pedicure, manicure of dergelijk persoon, aan zijn lichaam ten uitvoer gebracht, zoomede andere operaties, die de verzekerde ondergaat, tenzij deze noodzakelijk zijn als gevolg van een ongeval” (N a t. O n d.).

uitgesloten: „verwondingen en de gevolgen daarvan, chirurgische operaties voor zoover deze niet noodzakelijk zijn wegens een door de verzekering gedekt ongeluk, evenals alle verwondingen, hoe ook ontstaan, bij operatieve handelingen of kunstbewerkingen — ook die voor het toilet — die de verzekerde aan zich zelf verricht of door anderen aan zich laat verrichten” (W i n t e r t h u r).

Door een ongeval noodzakelijk geworden operaties en de gevolgen daarvan worden dus uitdrukkelijk (soms met eenige beperking: zie de woorden *rechtstreeks* en *direct* bij F a t) of blijkbaar stilzwijgend mede in de verzekering begrepen. Onvrijwillig toegebrachte letsels bij kunstbewerkingen, die — zooals één polis het elegant uitdrukt — tot „*het toilet*” behooren, worden nu eens uitdrukkelijk, dan weer stilzwijgend ingesloten en ook weer geheel of ten deele buitengesloten.

Cosmetiek en schoonheidschirurgie gaan echter vloeiend in elkaar over. Ook grenzen letsels, toegebracht door zgn. *schoonheidsspecialisten* bij het verwijderen van overtolligen haargroei en van wratten, evenals letsels als gevolg van ongelukken bij het *kappen* (verbrandingen en vergiftigingen bij permanent-wave) en bij het *scheren en haarsnijden*, aan de letsels toegebracht of opgelopen bij knippen van nagels en snijden van likdoorns of eksteroogen. Toch is het in beginsel niet juist alle „normale toilet-ongevallen” met de min of meer abnormale over één kam te scheren en uit te sluiten.

HOOFDSTUK V

UITSLUITINGEN

DE BEDOELING VAN „UITSLUITINGEN”

In de inleiding tot hoofdstuk IV wees ik er reeds op, dat de grenzen van het ongevalsbegrip in de verschillende polissen zeer verschillend getrokken worden. Zoo kan hetzelfde ongeval of letsel in de ééne polis onder de „insluitingen” en in een andere onder de de „uitsluitingen” voorkomen.

Steeds moet men dus bij het vaststellen van den inhoud van het ongevalsbegrip in een bepaalde polis ongevalsdefinitie, insluitingen en uitsluitingen in onderling verband bezien.

De verscheidenheid is zelfs op het terrein van de uitsluitingen nog grooter dan op het gebied van de insluitingen. Ik zie daarin een aanwijzing van achterblijven der Nederlandsche ongevallenverzekeringsmaatschappijen. De ontwikkeling van de ongevallenverzekering toch gaat in alle landen in de richting van verruiming van het ongevals- en ongevalsrisico-begrip, wat met vermindering van het aantal uitsluitingen gepaard gaat: zie o.a. de DAMVV en in iets mindere mate de OAMVV.

DE VORM DER UITSLUITINGEN

Ook bij de uitsluitingen wisselt de omschrijving:

- A. bepaalde *ongevallen* worden
 1. „*niet als ongevallen aangemerkt*”;
 2. „*van de verzekering uitgesloten*”;
 3. geven „*geen aanspraak op uitkeering*”;
- B. bepaalde *letsels* worden uitgesloten;
- C. bepaalde „*ongevalsoorzaken*” (omstandigheden) worden buitengesloten;
- D. onder bepaalde omstandigheden wordt *de verzekering tijdelijk of gedeeltelijk buiten werking* gesteld.

Slechts ten deele hangt deze wisselende omschrijving samen met de ongelijksoortigheid der uitsluitingen (zie beneden).

Nu eens is de uitsluiting gegoten in den vorm van een be-

perking van het ongevalsbegrip — de uitsluiting is dan *element van het ongevalsbegrip* — dan weer is zij niets meer dan een uitzondering, een den verzekeraar *van aansprakelijkheid ontheffende omstandigheid*. Voor den bewijslast kan dit van beslissende beteekenis zijn: als regel moet de verzekerde aantoonen, dat het hem overkomen ongeval onder het ongevalsbegrip valt, terwijl de verzekeringsmaatschappij moet aantoonen, dat er een, haar van aansprakelijkheid ontheffende, omstandigheid bestaat.

Ik moet mij beperken tot een poging eenig systeem in het systeemlooze geheel te brengen, door een kort overzicht te geven van de voornaamste groepen van uitsluitingen.

DE VOORNAAMSTE GROEPEN UITSLUITINGEN

- Groep 1: *ongevallen en ongevalsgevolgen, veroorzaakt of verergerd door ziekte,*
- Groep 2: *ongevallen door opzet, grove schuld, grove roekeloosheid, alcoholgebruik, bij misdrijf of overtreding,*
- Groep 3: *ongevallen door oorlog, oproer, onlusten,*
- Groep 4: *ongevallen door sportbeoefening en gebruik van bepaalde middelen van vervoer (reeds besproken bij de insluitingen: zie blz. 93),*
- Groep 5: *letsels, veroorzaakt door operatie of behandeling (reeds besproken bij de insluitingen zie blz. 99),*
- Groep 6: *ongevallen, opkomende na optreden van bepaalde ziekten en invaliditeit van bepaalden aard,*
- Groep 7: *ongevallen tijdens zwangerschap en kraambed,*
- Groep 8: *letsels, veroorzaakt door atmosferische invloeden, besmettingen en vergiftigingen (reeds besproken bij de insluitingen; zie blz. 82),*
- Groep 9: *diverse letsels, onverschillig of die door ongeval geacht moeten worden ontstaan of verergerd te zijn (ingewandsbreuk, beenzweer, spatader, darmafsluiting, blindedarmonsteking bijv.).*

Als aanhangsel de territoriale beperkingen.

Niets is duidelijker dan de ongelijksoortigheid van de bovenstaande 9 groepen.

Wij komen daaronder uitsluitingen tegen, die door algemeene beginselen van verzekeringsrecht worden bepaald: opzet, schuld (276 K) of waarop algemeene beginselen van verzekeringsrecht

van *bijzondere* toepassing kunnen worden geacht: eigen bederf, eenig gebrek, aard en natuur van de verzekerde zaak (249 K).

Voorts beperkingen, die betrekking hebben op *bijzondere omstandigheden* van *persoonlijken* aard (invaliditeit) of *onpersoonlijken* aard (oorlog, oproer), die tot onvoorzienbare en onberekenbare *risicoverzwaaring* zouden leiden.

En ten slotte een restgroep van „schaden”, die telkens weer moeilijkheden geven, zoodat men die bij voorkeur buitensluit.

Ik wil thans de voornaamste vertegenwoordigers van de bovengenoemde groepen van iets nader bij bezien, voor zoover zij voor de praktijk van het ongevallenverzekeringsrecht, alsmede voor de theorie van dat recht, van belang zijn.

ZIEKTE ALS (MEDE-)OORZAAK VAN ONGEVAL, LETSEL OF VERERGERING VAN LETSEL

Meer *theoretisch* bezien werd bij de bespreking van „*verwikkeling van ongevalsletsels met ziektecomponenten*” in hoofdstuk III (zie blz. 49) reeds een *primaire, secundaire, inhaerente, essentiële* en *causale* ziektecomponent onderscheiden. Meer *practisch* bezien onderscheiden wij de *primaire, secundaire* en *causale* ziektecomponent hier als volgt:

1. *geweldsinwerking op ziek organisme of lichaamsdeel* kan met optreden van letsel gepaard gaan, dat bij inwerking van hetzelfde geweld op normaal organisme of lichaamsdeel niet zou zijn opgetreden of in mindere mate zou zijn opgetreden (voorbeeld: door ziekte broos been breekt bij veel geringer geweld dan een normaal been).

De gevolgen van de geweldsinwerking worden dus door de *primaire* ziektecomponent bepaald of vergroot. Hiertoe behoort ook de zgn. „*verergering van ziekte door ongeval*”.

Ziekte als (mede-)oorzaak van letsel en van verergering van letsel gaan vloeiend in elkander over (*primaire* ziektecomponent).

2. *ziekte-inwerking op door ongeval getroffen organisme of lichaamsdeel* kan met verergering van de letselgevolgen gepaard gaan, terwijl dergelijke gevolgen achterwege zouden zijn gebleven, indien er geen bijkomende ziekte was geweest.

Van beteekenis is dan of die ziekte-inwerking nog in eenig verband met het ongeval staat of niet (voorbeeld: door ongeval bedlegerige krijgt als gevolg van de door die bedlegerigheid verminderde longventilatie longontsteking, resp. door ongeval

in ziekenhuis opgenomen patiënt wordt daar met typhus of diphtherie besmet (secundaire ziektecomponent).

3. *ziekte kan oorzaak (althans aanleiding) zijn van de ongevalsgebeurtenis in ruimeren zin* (voorbeeld: val als gevolg van beroerte of „toeval”). De ziekte is dan dus eigenlijk „oorzaak van de *geweldsinwerking*”, korter gezegd: „oorzaak van het *ongeval*” (causale ziektecomponent).

Ik wees er reeds op, dat in de sociale verzekering vrijwel alle ziektecomponenten mee schadeloos gesteld worden ¹⁾. Het verzorgingskarakter dezer verzekering brengt met zich, dat het „schadevergoedingsbeginsel” op den voorgrond staat.

Bij de particuliere verzekering daarentegen heerscht het „*normaliteitsbeginsel*”: alleen de vermoedelijk normale gevolgen van een ongeval worden gecompenseerd.

UITSLUITING VAN ELKE ZIEKTECOMPONENT

Soms is min of meer uitdrukkelijk elke ziektecomponent, onverschillig of die primair, secundair of causaal is, uitgesloten ²⁾:

„Ongeval . . . voor zoover een en ander niet is *ontstaan, verband houdt met of beïnvloed wordt door* kwalen, ziekten of gebreken” (EOA).

„Indien het overlijden of de invaliditeit *direct of indirect veroorzaakt* is door eenige ziekte, ook al mocht de dood verhaast of de invaliditeit bespoedigd of verergerd zijn door een ongeval, dan heeft de verzekerde geen recht op eenige uitkeering, tenzij bewezen worde, dat de *ziekte een rechtstreeksch gevolg* is van een ongeval, ontstaan na den ingangsdatum dezer polis, onafhankelijk van eenige *praedispositie* van den verzekerde” (Bloma).

In de eerste clause is „afwezigheid van *elke* ziektecomponent” tot *element van het ongevalsbegrip* gepromoveerd.

Hier wordt dus de „*onmiddellijkheidseisch*” (zie blz. 59) uitgebreid: zij beperkt zich niet meer tot de ongevalsgevolgen (het

1) Alleen wanneer bewezen kan worden, dat de val niet de *oorzaak*, maar het *gevolg* was van den dood, resp. dat er tusschen de bijkomende ziekte en het letsel geen enkel verband bestaat, wordt recht op schade-loosstelling in het eerste geval voor den dood, in het tweede geval voor de niet in eenig verband met ongeval en letsel staande ziektegevolgen ontzegd.

2) Cf. de Engelsch-Amerikaansche clause: „This insurance shall not cover accident, injury, disability, death or any other loss caused wholly or partly, directly or indirectly, by disease or bodily or mental infirmity or medical or surgical treatment therefore” (Metropolitan).

letsel). *Practisch* is deze clausule echter vrijwel identiek met den eisch „*eenig en rechtstreeksch gevolg*” (zie blz. 59).

De tweede bovengenoemde, meer ingewikkelde clausule, heeft dezelfde strekking. De ziekte, die *direct of indirect* oorzaak van dood of invaliditeit is, kan immers zoowel vóór als na het ongeval hebben ingewerkt en ook causa van het ongeval zijn geweest.

Slechts voor de *bewezen* (omkeering van den bewijslast) *rechtstreeks* door het ongeval veroorzaakte ziekte wordt een uitzondering gemaakt. Maar die ziekte zou ook als „*eenig en rechtstreeksch gevolg*” mogen gelden.

De toevoeging „*onafhankelijk van eenige praedispositie*” accentueert de uitsluiting van alle ziektecomponenten, die niet inhaerent aan het zuivere ongevalsletsel zijn.

CAUSALE ZIEKTECOMPONENTEN

Meestal wordt meer in het bijzonder de causale ziektecomponent buitengesloten, in zeer verschillende bewoordingen (sommige varianten op de onderstaande voorbeelden dalen af in medische detaillering van de ziekelijke ongevalsoorzaken).

Ik citeer de navolgende uitsluitingen:

„ongevallen *ten gevolge* van beroerten, toevallen, bewusteloosheid flauwten, duizelingen, krampen, geestes- en bewustzijn-storingen, (B l o m a = DAMVW § 3.4).

„*de gevolgen van alle ziekten, kwalen of ongesteldheden*, waaronder ook begrepen . . . beroerte en toevallen, met de daaruit ontstane verwondingen” (AMO)

„ongevallen, overkomen aan een verzekerde als *gevolg* van een ziekelijken *toestand*, waarin verzekerde verkeerde, of van een *lichamelijke afwijking*, die bij verzekerde bestond op het oogenblik van het ongeval” (ER).

„ongevallen ontstaan *in verband* met kramp, duizeling, vallende ziekte, beroerte, zinsverbijstering en andere ziekten of ziekte-toestanden.” (F a t.).

„*verwondingen tengevolge* eener ziekte, waaraan de verzekerde mocht lijden *of geleden hebben*.” (NHAV).

„*ziekten en haar gevolgen*, aanvallen van beroerten en vallende ziekte, zoomede het lichamenlijk letsel veroorzaakt door een ongeval, daaruit voortspuitende (P r e s.).

„*de directe of indirecte gevolgen* van een gebrekkigen gezondheidstoestand, in het bijzonder aanvallen van beroerte, vallende ziekte, slagaderbreuken, toevallen, duizelingen, congesties, krampen, zoomede het lichamenlijk letsel, voortkomende uit een ongeval,

hetwelk door een der voornoemde aandoeningen of door welken ziekelijken toestand ook ontstaan is" (Z ü r i c h).

Er zijn belangrijke verschillen in constructie.

Nu eens zijn alleen *rechtstreeksche*, dan weer ook *meer verwijderde* gevolgen van ziekte uitgesloten.

Soms is het *ziektebegrip heel ruim* genomen, soms worden bij wijze van illustratie de belangrijkste ziekten vermeld.

Dan weer zijn alleen *enkele, met name genoemde, ziekelijke ongevalsoorzaken* als uitgesloten aangewezen (vooral beroerte, vallende ziekte). Nu eens zijn *bepaalde „ongevallen"* (veroorzaakt door ziekten) buitengesloten, dan weer *bepaalde ongevalsletsels* (veroorzaakt door ongevallen, veroorzaakt door ziekten).

POGINGEN TOT (ONDER)SCHEIDING VAN ONGEVALS- EN ZIEKTECOMPONENT

Vervolgens is er een groep polissen, waarin men met de algemeene uitschakeling van ziektecomponenten geheel gebroken heeft en ook niet den eisch stelt, dat dood en (of) invaliditeit het „*uitsluitend*" gevolg van het ongeval moeten zijn, maar men bij verwickeling van ongevalscomponent(en) met ziektecomponent(en) streeft naar *(onder)scheiding van beide componenten*, met het oogmerk alleen de ongevalscomponent schadeloos te stellen.

Dat is zoowel het geval bij verergering van een ongeval of ongevalsgevolgen door *tevorens bestaande ziekte*, als bij verergering van de ongevalsgevolgen door een *bijkomende ziekte*.

„indien zulk een ziekelijke toestand of lichamelijke afwijking *slechts oorzaak* is, dat de *gevolgen van het ongeval worden vergroot*, komen bij de vaststelling van de hoegrootheid der uitkeering alleen in aanmerking de gevolgen, welke het ongeval bij een *normaal* persoon zou hebben gehad" (E R).

„Wanneer echter de dood of de blijvende of tijdelijke ongeschiktheid niet het *uitsluitend* gevolg ¹⁾ van het ongeluk alleen is, zal de Maatschappij een *zoodanig deel* der schadeloosstelling betalen, als overeenkomt met dat deel der schade, dat volgens medische verklaringen het *onmiddellijk zuiver* gevolg van het ongeluk is, *zonder medewerking* van ziekten of gebreken" (W i n t e r t h u r).

1) Het ongeluk moet zijn „de *directe en uitsluitende oorzaak* (zonder medewerking van andere *wezenlijke omstandigheden*, als bijv. reeds bestaande of bijkomende gebreken, ziekten of ziekelijke toestanden van . . . (dood of invaliditeit)".

„Indien door ziekelijke omstandigheden (als bijv. . . .) waarin de verzekerde verkeerde op het oogenblik van het ongeval, de gevolgen van dat ongeval *vergroot* worden, betaalt de Maatschappij geen hogere schadeloosstelling, dan die, welke zij zou hebben moeten uitkeeren aan een normaal (en valide) persoon, door hetzelfde ongeval getroffen” (N. Lloyd, AMO) en met de toevoeging „of de genezing wordt vertraagd” (NHAV).

„Indien oorzaken, omstandigheden, gezondheids- of ziekte-toestanden, welke reeds vóór het ongeval bestonden of daarna, *doch daarvan onafhankelijk* ontstaan zijn, de gevolgen van het ongeval *verergeren*, heeft de Maatschappij slechts voor die gevolgen schadevergoeding te geven, welke zich zonder invloed dezer omstandigheden of toestanden zouden hebben voorgedaan” (Zürich).

„Mochten de gevolgen van een ongeluk *verergerd* worden door oorzaken, omstandigheden, ziekte of een toestand van gezondheid of invaliditeit onafhankelijk van een ongeluk, door bewezen slechte verzorging of door een empirische behandeling, dan betaalt de Maatschappij de vergoeding, overeenkomstig de gevolgen, die hetzelfde ongeval zou hebben gehad bij een persoon, die zich in normale omstandigheden bevindt, vrij van bovengenoemde oorzaken en omstandigheden, en die een afdoende geneeskundige behandeling geniet” (Pres.).

„De maatschappij verzekert de *onbetwistbare* en *uitsluitende* gevolgen van het ongeluk, niet echter die beledigingen of die nadeelen, welke als gevolg van andere gebreken of ziekten van den verzekerde beschouwd worden” (RP).

HET „NORMALISEERINGSBEGINSEL” EN GEDEELTELIJKE

UITKEERING

Aan al deze clausules ligt het „*normaliseeringsbeginsel*” ten grondslag in den zin van (gedeeltelijke!) uitschakeling van „eigen gebrek” (249 K).

Alleen de „*rechtstreeksche en uitsluitende*” ongevalsgevolgen worden vergoed, voor zoover die zich bij een verondersteld „*normaal*” persoon ook zouden hebben voorgedaan.

Soms worden primaire en secundaire ziektecomponenten over één kam geschoren. Soms beperkt de „*normaliteitseisch*” zich tot den toestand vóór het ongeval, maar wordt veelal elders de secundaire ziektecomponent uitgesloten. Verergering door een ongeval van een bestaande ziekte of invaliditeit, wordt slechts bij uitzondering als bron van aanspraken erkend.

Regel is de zgn. „*gedeeltelijke*” vergoeding, juistere: „*evenredige*” schadevergoeding. *Vergoed wordt in evenredigheid van de ver-*

*houding, die verondersteld wordt tusschen ziekte- en ongevalscom-
ponent te bestaan.*

Grooter dan de theoretische zijn de practische moeilijkheden, voortvloeiende uit de bezwaren, verbonden aan de *taxatie* van de schade, die hetzelfde ongeval bij den gemiddelden „normalen mensch” zou hebben veroorzaakt.

Ook zij gewezen op enkele theoretische onvolkomenheden.

Ziekelijke afwijkingen of klachten als „kramp”, „flauwte”, „duizeligheid”, „geestes- of bewustzijnsstoring” kunnen ook ongevalsgevolg zijn. Dan is het niet redelijk schadevergoeding te weigeren voor de gevolgen van de ongevallen, die weer van die ongevalsgevolgen het gevolg zijn. Juist is dan ook de toevoeging in de DAMVW:

„es sei denn, dass diese Anfälle oder Störungen durch einen Versicherungsfall hervorgerufen waren”.

Voorts moet de „normaliteitseisch” niet betrokken worden op den „idealen gezonden mensch”, maar op den „gemiddelden normalen mensch”: ziektecomponenten van lichter aard zijn gemiddeld bij elk „gezond” mensch mede in het spel ¹⁾.

Zoo bezien is het aantrekkelijk, met de DAMVW § 7,1, *evenredige* verlaging van de uitkeering, bij medewerking van ziekten of gebreken, niet te doen plaats hebben, wanneer het aandeel van de ziektecomponent beneden de 25 % blijft.

DE GRENZEN VAN DE TOEGELATEN SCHULD

Thans een overzicht van het in de praktijk ingesloten en uitgesloten schuldelement (cf. blz. 56).

In verschillende polissen worden, onverschillig of zij de afwezigheid van eenigen schuldgraad in de ongevalsdefinitie hadden opgenomen, (nog eens) uitdrukkelijk buitengesloten:

- „grove schuld” (F a t.);
- „verregaande roekeloosheid of onachtzaamheid” (P h i l.);
- „grove roekeloosheid” (N E N; N. L l o y d; W i n t e r t h u r);
- „eigen schuld” (B l o m a);
- „grove onachtzaamheid, roekelooze handeling” (A M O).
- „aan opzet grenzende roekeloosheid” (O. Z w o l.).
- „opzet” (N H A V; E R).
- „grove (resp. ernstige) nalatigheid” (P r e s.).
- „zelf de oorzaak zijn” (R P).

1) Voor de ongevallenverzekering gaan dan ook de beschouwingen van DORHOUT MEES (35) blz. 239—241 niet op.

De toevoeging „grove”, „ernstige” of „verregaande” impliceert, dat geringere graden van schuld ingesloten zijn.

Daartegenover de beide uitersten: de clause van *B l o m a*, die — in strijd met het wezen van de ongevallenverzekering — elke schuldmaat buitensluit en de clause van de *NHAV*, die in beginsel ¹⁾ elke schuldmaat, met uitzondering van opzet, toelaat.

Thans enkele groepen van opzettelijke of culpose handelingen, die in tal van polissen worden uitgesloten.

I. ZELFVERMINKING EN ZELFMOORD-POGING

Zij zouden ook, uit hoofde van de onverzekerbaarheid van de gevolgen van *opzet*, buitengesloten zijn, indien toerekeningsvatbaarheid niet een van de pijlers van de schuld (en dus van opzet) was. De bezwaren, verbonden aan de onderkenning van al dan niet opzettelijke zelfmoord enz. worden vaak ondervangen door ook de niet-toerekenbare buiten te sluiten ²⁾:

„hetzij willekeurig of niet, onverschillig of de verzekerde al dan niet wel bij zinnen was” (*IRO*).

„onverschillig hoe de staat der geestvermogens zij” (*Pr e s.*).

„de in welken geestestoestand ook beproefde of volvoerde zelfmoord of zelfbelediging” (*RP*).

Daarentegen wordt in andere polissen òf „*opzettelijke zelfverminking en zelfmoord*” (*P h i l.*) òf „*zelfverminking en zelfmoord*” zonder meer (*NHAV*, *O. Z w o l.*, enz.) uitgesloten.

Practisch verschil maakt het uitsluiten van de „*ontoerekeningsvatbare*” zelfmoord en zelfverminking echter niet, omdat zij toch vallen onder „ongevallen door *krankzinnigheid* veroorzaakt”.

Mooi voorbeeld van met één hand geven en met de andere terugnemen is de volgende uitsluitingsclause:

„verwondingen en de gevolgen daarvan, veroorzaakt door een *vrijwillige* daad van den verzekerde of van den bij de schadeloosstelling belanghebbende of die welke de verzekerde verkrijgt, in een toestand van blijvende of wel tijdelijke *storing van geest of bewustzijn* (bijv. delirium, slaapwandelen), enz.” (*W i n t e r t h u r*).

1) „In beginsel”, omdat men de vraag, of dat principe ook konsekvent wordt doorgevoerd, slechts kan beantwoorden door systematisch alle „uitsluitingen” te toetsen op de event. aanwezigheid van een schuldelement, dat aan de uitsluiting ten grondslag mocht liggen.

2) Cf. de in Engelsch-Amerikaansche polissen min of meer gebruikelijke clause „This insurance shall not cover suicide or any attempt there at *while sane or insane*”.

Op deze wijze heeft het schuldbegrip bij zelfmoord en zelfverminking (poging) een kleurloos karakter gekregen.

2. DRONKENSCHAP EN VRIJWILLIGE INTOXICATIE

De voornaamste „dronkenschapsclausules”¹⁾ zijn:

„ongevallen *in verband met dronkenschap*” (F a t.).

„indien het ongeval plaatsgrijpt *nadat* verzekerde zich, door gebruik van alcohol of andere bedwelmende middelen, in een toestand had gebracht, waardoor het risico kennelijk was verzwaaard” (NEN).

„ongevallen, die den verzekerde overkomen, *terwijl* hij *onder den invloed van alcoholhoudende dranken* of andere bedwelmende middelen, minder dan gewoonlijk in staat was voor zich zelf zorg te dragen, *tenzij* deze hem onafhankelijk van zijn wil zijn toegediend” (AMO).

„indien het ongeval *een gevolg* is van dronkenschap” (NHAV), idem „door dronkenschap” (O. Z w o l.).

„indien het ongeval plaats grijpt, terwijl de verzekerde *in een staat van dronkenschap* door alcohol of in dien van bedwelming door een of ander genotmiddel verkeerde” (N. Lloyd), idem „*in een toestand van dronkenschap*” (RP).

„*in kennelijken staat van dronkenschap*” (W i n t e r t h u r).

„ongevallen den verzekerde overkomen, *terwijl* hij onder den invloed van bedwelmende dranken of andere bedwelmende middelen, *door eigen toedoen*, minder dan gewoonlijk in staat was voor zich zelf te zorgen”, alsmede „aan een verzekerde, die verkeert in *een staat van bedwelming*”. (ER)

Soms wordt dus *verband* met alcoholmisbruik geëischt. Soms elk ongeval *tijdens* dronkenschap, enz. uitgesloten.

Nu eens wordt uitdrukkelijk „*dronkenschap*” geëischt, dan weer is een *zekere mate van invloed van den drank* voldoende.

Soms wordt uitdrukkelijk „*eigen toedoen*” geëischt (de bewijslast voor de schuld aan den intoxicatietoestand rust op den *verzekeraar*). In andere is alleen „*toediening onafhankelijk van zijn wil*” een van schuld bevrijdende omstandigheid (de *verzekerde* draagt den bewijslast).

„Delirium, ten gevolge van alcoholmisbruik, met zijn gevolgen komt niet ten laste van de Maatschappij, zelfs niet, indien dit zich zou openbaren ten gevolge van een ongeval” (Z ü r i c h).

3. NALATEN VAN GEZONDHEIDS- EN VEILIGHEIDSMATREGELEN.

Blijkbaar is bedoeld de *niet met straf bedreigde* overtreding van

1) Cf. art. 26 lid 2 der Ongevallenwet 1921.

gezondheids- en veiligheidsvoorschriften (zie voor de *wel* met straf bedreigde onder nummer 4.)

Men kan dezen vorm van nalatigheid zonder bezwaar als „grove” nalatigheid bestempelen. Dan valt zij als regel reeds onder de algemeene uitsluitingen uit dien hoofde.

Overigens dragen deze clausules deels een illustratief, deels een opvoedend karakter. Slechts enkele voorbeelden:

„ongevallen, die het *gevolg* zijn van *verwaarloozing* van voor het behoud van leven en gezondheid geldende *wetten en voorschriften*” (AMO).

„ongelukken *door handelen in strijd met wettelijke veiligheidsvoorschriften en openbare waarschuwingen*” (RP).

„wanneer de verzekerde de *voorschriften*, in het belang van de *veiligheid* gesteld heeft verwaarloosd” (IRO).

„indien de verzekerde *voorschriften of waarschuwingen* in het belang der veiligheid heeft verwaarloosd” (MADB).

In de beide laatstgenoemde clausules wordt geen (rechtstreeksch causaal) verband tusschen de nalatigheid en het ongeval geëischt, in de beide eerste wel.

Terwijl „*verwaarloozen*” ruimer is en „*niet in achtneming*” van *waarschuwingen*” omvat, beperkt „*handelen in strijd*” zich tot overtreding van geboden of verboden en is dus enger.

Behalve overtreding van „*wettelijke voorschriften*” sluiten sommige polissen ook die van *particuliere veiligheidsvoorschriften* uit. Een voorbeeld:

„ongevallen medeveroorzaakt: *bij het reizen op andere wijze dan voor reizigers is bepaald*; of bij het overtreden van de reglementen, bepalingen en voorschriften van of voor *ondernemingen tot vervoer van personen*” (IRO).

idem als gevolg van „*handelingen in strijd met wettelijke bepalingen, verordeningen of spoorwegreglementen*” (O. H a g).

Ik laat in het midden, in hoeverre spoorwegreglementen (gebaseerd op de spoorwegwet van 1875) een privaatrechtelijk karakter dragen.

Voor zoover handelingen, in strijd daarmee, met straf bedreigd worden, zijn zij „in strijd met *wettelijke bepalingen en verordeningen*”. De toevoeging „of spoorwegreglementen” heeft alleen zin ten aanzien van event. privaatrechtelijke bepalingen.

4. STRAFBARE FEITEN

Vele uitsluitingen zijn ruim gesteld: ongevallen overkomen

„bij, door of in verband met” strafbare feiten (onverschillig in of krachtens welke wet strafbaar gesteld).

Ook bij de sociale verzekering erkent men het recht van weigering van uitkeering in dergelijke omstandigheden ten deele.

Terwijl in de Ziektewet-1913 aan de uitvoeringsorganen de bevoegdheid was verleend uitkeering te weigeren, indien de ziekte was „veroorzaakt door misdrijf” van den verzekerde, heeft men bij de zgn. „technische herziening” van 1934 de weigeringsmogelijkheid uitgebreid tot de gevallen, waarin de „ongeschiktheid tot werken wegens ziekte in verband staat met eenige, als misdrijf strafbaar gestelde, gedraging van den verzekerde”.

Daarentegen kennen de sociale ongevallenwetten deze beperking niet. Aan de particuliere ongevallenpolissen ontleen ik:

„ongevallen ontstaan in verband met opzettelijk gepleegde strafbare feiten, waaraan de verzekerde heeft deelgenomen” (F a t.).

„ongevallen, die den verzekerde treffen bij het begaan van misdaden of overtredingen of pogingen daartoe” (B l o m a).

„indien het ongeval een gevolg is van handelingen in strijd met publieke voorschriften of politieverordeningen” (N H A V).

„ongelukken tengevolge van een strafbare handeling van den verzekerde, of van een duel of van een vechtpartij” (W i n t e r t h u r).

„ongevallen, welke voortkomen uit misdrijven en misdaden” (Z ü r i c h).

„ongevallen door handelingen in strijd met bepalingen in Rijkswetten of in Koninklijke besluiten” (P h i l.).

„lichamelijk letsel, ontstaande door misdadige handelingen van de zijde van den verzekerde” (O. H a a g.).

„ongelukken bij of tengevolge van misdadige handelingen” (R P).

TOEREKENINGSVATBAARHEID

De toevoeging „opzettelijk” (alleen bij F a t.) is noodzakelijk om toerekeningsvatbaarheid te impliceeren. Practisch verschil maakt dat niet, omdat als regel, ongevallen als gevolg van krankzinnigheid of zinsverbijstering, uitgesloten zijn.

De clausule van de P h i l. is veel te ruim; de „misdadige handelingen” van de O. H a a g. moeten niet geacht worden de overtredingen van politieverordeningen te omvatten.

Het woord „deelgenomen” in de clausule van de F a t. is misplaatst ¹⁾.

1) Bedoeld zal wel zijn de uitsluiting te beperken tot „opzettelijk door den verzekerde gepleegde feiten”, onverminderd het oogmerk onder „plegen” mede te begrijpen: doen plegen, medeplegen, uitlokken, alsmede medeplichtigheid (dus zoowel daderschap als medeplichtigheid).

In al deze clausules heeft men niet de scherp omschreven begripsbepalingen van het wetboek van strafrecht voor oog en gehad. Anders zou men wellicht ongevallen bij, krachtens art. 46 Sr. niet strafbare poging tot overtreding, niet buitengesloten hebben. Voor zoover in dergelijke clausules misdrijf „met poging daartoe” als uitsluitingsgrond is gelijkgesteld, zou ik dien willen beperken tot de „strafbare poging” van 45 Sr. (cf. 78 Sr.; 134 bis Sr.)

In enkele polissen worden nog bepaalde delicten genoemd:

Duel (of tweegevecht): (Winterthur, Pres., Zürich, O. Haag., Fat.). Duellereen (RP). Vechterij (NHAV). Vechtpartijen: (Winterthur, Pres., O. Zwol., Zürich, O. Haag.). Vechten: (AMO). Klopppartijen: (AMO). Vecht- of kloppartij: (RP).

Ook hier is de delictsomschrijving van het W. v. S. (art. 152 e.v., 306, enz.) niet gevolgd en dus niet beslissend. In vele gevallen zal de verzekeraar aan een verzekerde, die strafrechtelijk niet vervolgbaar is, uitkeering kunnen weigeren (zoo bijv. wanneer hij buiten het kader van het „tweegevecht” van 152 Sr., e.v. zonder een ander letsel toe te brengen, bij een relletje zelf letsel opgelopen heeft). Scherpere omschrijving en strafrechtelijke formulering verdient de voorkeur.

De insluiting van „rechtmatige zelfverdediging en reddingspogingen” zie blz. 97) vormt in sommige gevallen een uitzondering op deze uitsluiting.

5. UITLOKKING (PROVOCATIE)

In sommige polissen worden alle ongevallen uitgesloten, waartoe men zelf *aanleiding* gegeven heeft. Goed beschouwd lokte men niet het *ongeval* uit, maar een *wederrechtelijke gedraging van een ander*, veelal strafrechtelijk gezien een mishandeling. Het *letsel*, dat men opliep, is dus slechts een indirect en veelal ook verwijderd gevolg van de „uitlokking” (Uitzondering: 206 Sr?).

Ik vond de volgende uitsluitingen:

„ongevallen in verband met opzettelijk gepleegde strafbare feiten, waartoe de verzekerde zonder redelijken grond *aanleiding* heeft gegeven” (Fat.).

„mishandelingen of verwondingen, indien deze door den verzekerde zijn *uitgelokt of bevorderd*” (O. Haag.).

„indien het ongeval een gevolg is van een mishandeling of verwonding, welke door den verzekerde is *uitgelokt*” (MADB).

„gevolgen van *provocatie*” (EOA).

Strafrechtelijk gezien is hier geen sprake van „*uitlokken*” of

„bevorderen” in den zin van 47 en 48 Sr. Het opzet van den verzekerde zal wel nooit gericht zijn op de *mishandeling* (waarvan hij het lijdend voorwerp zou worden), of op de *verwonding* (die weer het gevolg van zoodanige mishandeling zou kunnen zijn).

Er is geen sprake van causaal verband, laat staan van adaequaat oorzakelijk verband, tusschen de daad van den „uitlokker” en de reactie van den „uitgelokte” (behalve in den zin van BURI).

Wat er overblijft, is een zekere mate van „aanleiding” geven („prikkel tot”, althans „prikkel”). Elementen van „aanzetten” en „uitdagen” van 152 Sr. en van „aanhitsen” in 425 Sr. zijn wel aan te wijzen, dus een zekere mate van „schuld”.

De redelijkheid van dergelijke provocatieclausules is afhankelijk van de vraag of er een redelijke verhouding tusschen „schuldmaat” en „strafmaat” (de weigering van de uitkeering, het vervallen van aanspraken) bestaat. Daarvan blijkt uit de bovenstaande clausules niets.

OPZET EN TOEDOEN VAN BELANGHEBBENDE DERDEN

Aan „onafhankelijk van den wil van den verzekerde” wordt niet zelden toegevoegd:

„of van een ander bij de uitkeering belanghebbende” (N. Lloyd).

„of door *toedoen* van een bij de uitkeering belanghebbende” (NEN).

Dat is redelijk, als men het begrip „*belanghebbende*”¹⁾ eng neemt in den zin van dengeen, aan wien de uitkeering moet worden gedaan. Doel is te voorkomen, dat iemand uit eigen belang den verzekerde een ongeval bezorgt, althans doet krijgen.

Maar het is onredelijk elke uitkeering aan alle erfgenamen, in het algemeen aan alle *andere* belanghebbenden te weigeren, wanneer één hunner het ongeval met of zonder opzet of schuld veroorzaakte.

Wie veroordeeld is, ter zake dat hij den overledene heeft omgebracht of getracht heeft om te brengen, is trouwens op

1) De O. H a a g sluit nog een *niet* belanghebbende derde uit: „door toedoen van personen, die het risico van de burgerrechtelijke verantwoordelijkheid hebben gedekt, overkomen”(1). Achtergrond: 284 K? Dan toch maar liever een „knock for knock agreement” (cf. DORHOUT MEES (55), blz. 298.

grond van 885 BW van de erfenis uitgesloten en houdt door de veroordeeling op „belanghebbende” te zijn.

Bij ongevallen, veroorzaakt — met of zonder opzet — door de echtgenoot of één der kinderen, heeft het, als het ongeval goed afloopt en de verzekerde zelf opkomt voor de uitkeering, geen zin *hem* uitkeering te weigeren, omdat het ongeval door een „mede-belanghebbende” veroorzaakt is.

Iets anders is, of het niet gewenscht is „*zich doen of laten verwonden of verminken*” gelijk te stellen met zelfverminking en dat onafhankelijk van de vraag of degeen, die zich daartoe leende, zelf „belanghebbende” bij de verzekering moest worden geacht. („vrijwillige verminkingen” omvat beide).

ONGEVALLEN DOOR OORLOG, OPROER, ONLUSTEN

In vele polissen worden in één adem als uitgesloten bronnen of oorzaken van ongevallen genoemd:

„oorlog of oorlogstoestanden, burgerlijke onlusten, samenscholing, opzettelijk gepleegde strafbare feiten, waaraan de verzekerde heeft deelgenomen of waartoe hij zonder redelijken grond aanleiding heeft gegeven en waagstukken, waaraan bijzonder gevaar is verbonden” (F a t.).

Er zijn inderdaad vloeiende overgangen. Zoo tusschen oorlog en oorlogstoestand ¹⁾. Daaronder kan behalve de staat van oorlog en de staat van beleg, als bedoeld in art. 195 van de Grondwet en in de wet van 23 Mei 1899, S. 128, ook wel de oorlog zonder oorlogsverklaring — tegenwoordig meer en meer in zwang in den vorm van militaire „*expedities*”, „wandelingen” en „incidenten” — en waarschijnlijk ook wel mobilisatie vallen („*mobilisatie*” vermeld bij RP.)

Niet irrationeel is dan ook gelijkstelling met oorlogsgebeurtenissen van

„vijandelijken inval, daden verricht op last van- of krachtens een verordening, vastgesteld door eenige Nederlandsche of vreemde militaire macht, militaire expeditiën, krijgsonlusten” (B l o m a).

Of „*muiterij*” ²⁾ in dit kader thuis behoort, is twijfelachtig. Dat „*oorlogstoestand*” buiten oorlog bestaanbaar is, wordt kennelijk ook aangenomen in de clauseule:

„eenigen oorlogstoestand, al behoort Nederland niet tot de krijgvoerende mogenheden” (ER).

1) Zie noot 1 van blz. 117.

2) Art. 119 Wetb. v. Militair Strafrecht.

Minder juist is in deze clause de uitsluiting van ongevallen „als *gevolg* van eenigen oorlogstoestand”.

Immers de ongevallen zijn niet *gevolg* van een „toestand” (er is geen sprake van adaequate veroorzaking); zij staan er wel in rechtstreeksch of meer verwijderd *verband* mede. Evenmin juist is in diezelfde polis de woordenkeus „ongevallen *bij* oproer of samenscholing”, omdat er toch om te beginnen wel meer *verband* moet worden geëischt dan tijdelijke of plaatselijke coïncidentie, ja bij voorkeur „deelneming”.

De vraag of het begrip „*samenscholing*” hier den strafrechtelijken inhoud van artikel 186 Sr. heeft, zal wel ontkennend moeten worden beantwoord.

Tegenover „*militaire*” *situaties* staan de *burgerlijke*¹⁾. Het verschil tusschen onlusten en samenscholingen is meer van kwantitatieven dan van kwalitatieven aard. Even geleidelijk is de overgang tusschen samenscholing (186 Sr) en straatschenderij (424 Sr) eenerzijds en div. overtredingen van politieverordeningen anderzijds.

Aan redelijke eischen voldoen deze clauses in zooverre niet, dat het kennelijk *niet* de bedoeling is de gebruikelijke insluiting van „*rechtmatige verdediging en reddingspogingen*” (zie blz. 91) in eenig opzicht te beschouwen als een uitzondering op den regel der uitsluiting van „oorlog, oproer en *onlusten*”.

GEVOLGEN VAN ONRUST DER TIJDEN VALLEN ONDER HET RISICO!

De redelijkheid brengt mede, dat binnen zekere grenzen ook de *gevolgen van onrust der tijden onder het verzekerde risico* vallen.

Hoe redelijk uitsluiting van ongevallen door oorlog en oorlogstoestanden (de DAMVW spreekt samenvattend van „Kriegsereignisse”) ook moge zijn, uitsluiting van alle ongevallen door burgerlijke onlusten (buiten staat van beleg of van oorlog) en vooral door of zelfs in verband met „samenscholing” gaat te ver.

De oplossing van de DAMVW is: uitsluiting van alle ongevallen door misdrijf of overtreding, inclusief die door

„*bürgerliche Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat*” (§ 3. 2).

1) Art. 87 Sr. begrijpt onder oorlog burgeroorlog en onder tijd van oorlog den tijd, waarin oorlog dreigende is.

Wie niet aan een samenschooling deelneemt, maar op een Zaterdagavond, tijdens de kermis of bij een verkiezingsactie buiten grove schuld het slachtoffer van een „*relletje*” wordt, verdient door de ongevallenverzekering niet te worden afgewezen. En bij burgerlijke onlusten, althans bij samenscholingen van een minder ernstig karakter dan „oproer en onlusten”, verdient zeker voor rechtmatige verdediging en *reddingspogingen* een uitzondering te worden gemaakt op den regel der uitsluiting van de verzekering.

Terecht beperken de OAMVW de desbetreffende uitsluiting tot oproer, opstand en „sonstige *gewalttätige* Unruhen”. „*Onge-regeldheden*” (IRO) gaat te ver.

In meer dan één polis worden nog „ongevallen ten gevolge van *aardbeving*” uitgesloten (AMO, NHAV, RP, Pres. Zürich, RP, bovendien „*vulcanische uitbarstingen*”). In één polis wordt van „ongevallen in verband met *molest*” gesproken (NHAV) en in één van „*oorlogsdaden*” (Zürich).

ONGEVALLEN BIJ LIJDERS AAN BEPAALDE ZIEKTEN EN INVALIDITEIT VAN BEPAALDEN AARD

Het feit, dat bepaalde ziekten, kwalen en gebreken gepaard gaan met een aanmerkelijk verhoogd ongevalsrisico, is voldoende om eenerzijds dergelijke lijdens en invaliden niet als verzekerden te aanvaarden („niet verzekerbaar”), anderzijds te stipuleren, dat de aanspraken uit hoofde van de verzekerings-overeenkomst wijziging ondergaan of eenvoudig vervallen („niet verzekerd”, „niet meer verzekerd”), zoodra de verzekerde een dergelijke ziekte of invaliditeit krijgt.

De tot uitsluiting of vervallen van de verzekering leidende kwalen, ziekten en gebreken behooren voldoende duidelijk te zijn omschreven.

Rechtszekerheid en billijkheid eischen, dat de verzekerde in de polis de *objectieve* criteria vindt, waaraan de geldigheid van zijn aanspraken ook door hem zelf ten allen tijde kan worden getoetst.

Aan dit vereischte voldoet meer dan één desbetreffende clause niet, hetzij door het invoeren van *subjectieve* criteria of door aanleggen van *abstracte* maatstaven. Enkele voorbeelden:

„Niet verzekerd zijn zij, die lijdende zijn aan kwalen, ziekten of gebreken, waardoor volgens het *oordeel van den geneeskundigen adviseur der Bank* het gevaar voor ongevallen *aanmerkelijk* grooter wordt, zoomede zij, die een beroerte hebben gehad” (NHAV).

„Niet verzekerd kunnen worden noch blijven, personen, die met *eenig gebrek* behept of aan een *ernstige* ziekte lijdende zijn, zooals blindheid, doofheid, verlamming, beroerte, vallende ziekte, geestesstoornis of eenig ander gebrek of ziekte van *dergelijke ernstigen aard*”. (Winterthur).

NAUWKEURIGE OMSCHRIJVING VAN ZIEKTEN EN GEBREKEN
NOODZAKELIJK

Waar kleine afwijkingen van den norm, onbeteekenende misvormingen en mismakingen, eerder „normaal” dan „abnormaal” zijn, behoort een dergelijke opsomming alleen die ziekten, kwalen en gebreken te omvatten, die kennelijk het ongevalsrisico aanmerkelijk verhoogen.

Vele Nederlandsche polissen voldoen in dit opzicht niet aan bescheiden eischen. Ter illustratie een enkel voorbeeld (ik cursiveer de criteria, die *voldoende* concreet zijn en objectief ernstige risicoverzwaren geven):

„Uitgesloten van de verzekering: *krankzinnige*, lamme, doove, hardhoorige, *blinde*, sterk bijziende, aan hartkwaal, nier- of suikerziekte, tuberculose, jicht, duizeling of *vallende ziekte* lijdende, verminkte en mismaakte personen, alsook zij, die een *beroerte* gehad hebben” (F a t.; O. Z w o l.).

Het is onredelijk bijv. *lichte* suikerziekte en rustige, niet-actieve tuberculose uit te sluiten.

Voor relatieve verminderingen van belangrijke zintuigelijke functies, zooals gezichtsvermogen en het gehoor, behooren *objectieve* grenzen te worden aangewezen.

Zoo concretiseert de O. H a a g het abstracte begrip „sterk bijziend” door toevoeging van „*bijziendheid van 9 dioptrieën of daarboven*” (de bedoeling zal wel zijn, dat op *beide* oogen de brekingsafwijking ernstiger moet zijn dan 9 D.).

Adjectiva als „*buitengewoon*” (kortzichtige), „*bijzonder*” (hardhoorige) (R P) „*zwaar*” (gebrek, resp. zware ziekte) brengen de zaak niet verder.

„Ongevallen, die de verzekerde treffen, nadat hij door *krankzinnigheid*, *volkomen* blindheid of *volkomen* doofheid, door een verlamming als gevolg van *beroerte*, door *epilepsie* of *ernstige zenuwziekte* is getroffen of door ongeval of ziekte meer dan 60 % *blijvend arbeidsongeschikt* is geworden” (DAMVW § 3,6).

Deze goede clause (alleen: wat is „*ernstige*” zenuwziekte? wat is „*volkomen*” blind) vond ik min of meer gedenatureerd terug in den volgende vorm:

„De verzekering vervalt terstond nadat de verzekerde door krankzinnigheid, blindheid, doofheid, verlamming ten gevolge van een beroerte, epilepsie, of een zware zenuwziekte aangetast of door een ongeval of ziekte *geheel of gedeeltelijk* blijvend invalide geworden is” (B I o m a).

Bijzondere uitsluitingsclausules van dezen aard:

„zij die reeds (eenmaal) aan *delirium tremens* hebben geleden” (P r e s.; Z ü r i c h.; RP).

„*stomme* personen” (O. Z w o l.; RP).

„diegene, die aan den *drank* verslaafd zijn” (O. Z w o l.; RP).

Het verdient de voorkeur dergelijke uitsluitingen zooveel mogelijk te beperken en dan nog alleen schadevergoeding te weigeren, indien en voor zoover kwaal, ziekte of gebrek werkelijk oorzaak van het ongeval, van het letsel of van verergering van het letsel was (zie blz. 104).

ENKELE ANDERE GROEPEN ONVERZEKERBARE PERSONEN

In enkele polissen komen nog andere groepen van „onverzekerbare personen” voor:

„personen, die zich bezig houden met de *bereiding* van dynamiet, nitro-glycerine, kruit, naphtha of andere licht ontvlam- of ontplofbare stoffen” (O. Z w o l.).

„zij die zich bezig houden met de *bereiding of bewerking* van dynamiet, nitro-glycerine, kruit, naphtha en andere licht ontvlam- of ontplofbare stoffen en *artikelen*” (F a t.).

„bij het bereiden, verwerken *of vervoeren* van licht ontplofbare of ontvlambare stoffen, of terwijl hij daarbij *desbewust* tegenwoordig was, een en ander ter beoordeeling van de Directie” (N a t. O n d.).

Valt „omgaan” met benzine, niet-onbrandbare film, kamer-*vuurwerk* of „magnesiumpoeder” (voor fotografische doeleinden) onder deze uitzonderingsbepalingen?

Dat elke automobilist „benzine vervoert” staat vast; hem deswege op grond van de laatste der bovengenoemde clausules onverzekerbaar te achten, zou onjuist zijn. In het midden gelaten of en in hoeverre ongevallen bij „omgaan” met benzine voor *huishoudelijke doeleinden* (wasschen van kledingstukken of haar) gevolg van „roekeloosheid” moeten worden geacht, is het zeker juister de formulering van de bovenbedoelde uitsluitingen te verduidelijken door toevoeging van „*bij wijze van beroep op bedrijf*”.

ONGEVALLEN TIJDENS ZWANGERSCHAP EN KRAAMBED

Zwangerschap en kraambed nemen een bijzondere plaats in onder de „normale toestanden”, die invloed kunnen uitoefenen op ongevalsgevaren en ongevalsgevolgen.

De ziektewet (art. 23, lid 3) stelt beide met ziekte gelijk, terwijl onder de sociale ongevallenwetten ook ongevalsletsels, verergerd door zwangerschap of kraambed, volledig schadeloosgesteld worden.

De particuliere ongevallenverzekering daarentegen sluit veelal deze bronnen van (tijdelijke) *risicoverzwaren* uit:

„Ingeval de verzekerde een vrouw is, is de verzekering niet van kracht gedurende haar zwangerschap tot en met veertien dagen na haar bevalling” (Bloma, Fat., O. Zwol.).

„geen aanspraak op uitkeering geven ongevallen een vrouw overkomen gedurende den tijd harer zwangerschap en gedurende veertien dagen na de bevalling” (AMO).

In het licht van het stelsel der „evenredige schadeloosstelling”, gebaseerd op het „normaliteitsbeginsel” (zie blz. 108), is deze oplossing niet billijk voor ongevallen en ongevalsgevolgen, die met kraambed en zwangerschap niets te maken hebben en daarvan ook in aard en omvang geen invloed ondervinden.

TOEPASSING VAN HET STELSEL DER „EVENREDIGE
SCHADELOOSSTELLING”

Enkele Maatschappijen hebben dan ook een oplossing gezocht in de richting van „evenredige schadeloosstelling”.

„Als gevolg van een ongeval wordt niet beschouwd dood, blijvende invaliditeit of tijdelijke ongeschiktheid, mede veroorzaakt door verwonding van een vrouw, *geheel of gedeeltelijk toe te schrijven* aan een bevalling of zwangerschap, ook al mocht de dood verhaast of de ongeschiktheid zijn verergerd of bespoedigd door een ongeval” (IRO).

Een andere Maatschappij tracht, niet alleen bij zwangerschap en kraambed, maar ook bij „*gynaecologische letsels*” elke ziektecomponent uit te schakelen:

„In geval van bloeding uit inwendige organen, alsmede bij *storingen in de nabijheid der vrouwelijke geslachtsorganen*: wordt alleen schadevergoeding gegeven, indien deze schaden *uitsluitend* veroor-

zaakt zijn door een ongeval, zonder medewerking van een inwendige ziekte" (B l o m a).

Deze clausule is vrijwel letterlijk overgenomen uit de DAMVW § 7,2. Zij verdient de voorkeur boven het, gedurende zwangerschap en kraambed, opschorten van de verzekering.

DIVERSE UITGESLOTEN LETSELS

De tot deze „restgroep" der uitgesloten letsels behorende ziekten hebben slechts gemeen, dat zij in alle landen en bij alle maatschappijen moeilijkheden van uiteenloopenden aard hebben gegeven.

BLAAR

Bij blaarvorming door druk of wrijving ontbreekt in *meerdere of mindere mate* zoowel het *plotselinge* als het *gewelddadige*, alsmede ook het *ongewone*.

Een andere moeilijkheid is, dat een *geïnfecteerde* blaar een zweer geeft en dat er aan de huid tal van zweertjes kunnen voorkomen, waarvan men niet kan uitmaken of ze door verwonding, door blaarvorming of door infectie van barstjes en kloofjes, als gevolg van verwaarloozing van de huid, ontstaan zijn.

Een en ander verklaart, dat men in de sociale ongevallenwetten de blaar opgenomen heeft onder de „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking" (zie blz. 44).

Onder de uitsluitingen vond ik de blaarvorming feitelijk terug in de volgende clausule:

„geen ongevallen zijn de gevolgen van wrijving of druk aan de huid van handen of voeten, bij het werk of bij het loopen ontstaan" (AMO).

„het door stukloopen of het door wrijven van schoeisel bezeeren der voeten" (W i n t e r t h u r).

Hierdoor zijn dus „doorgewerkte" handen en „doorgeloopten" voeten en alle gevolgen daarvan uitgesloten.

Waar in de particuliere verzekering (in tegenstelling tot de sociale) de infectie als zoodanig niet als ongeval wordt aanvaard, brengt de vraag, of een blaar al dan niet geïnfecteerd is, geen wijziging in de uitsluiting.

BLINDEDARMONTSTEKING ¹⁾

De veelvuldigheid der blindedarmontsteking, de *mogelijkheid* een traumatische genese te construeeren en de onmogelijkheid de juistheid of onjuistheid van die constructie in een gegeven geval aan te toonen, verklaart haar uitsluiting:

„uitgesloten ongevallen, voor zoover daardoor . . . ontsteking van den *blinden darm of zijn aanhangsels* is ontstaan of verergerd” (B l o m a).

„uitgesloten ontsteking van den *blinden darm en zijn aanhangsels* hoe deze beleedigen ook mochten ontstaan zijn en welke de gevolgen ook mochten zijn” (R P).

„als ongeval wordt niet beschouwd „*blindedarmontsteking*” (W i n t e r t h u r).

De eerstgenoemde clause is letterlijk overgenomen uit de DAMVW. Ook bij afwezigheid van deze uitsluiting worden in-tusschen gevallen van appendicitis als regel als „niet door ongeval veroorzaakt” afgewezen.

INGEWANDSBREUK (HERNIA) ²⁾

De ingewandsbreuk is jarenlang een verzekerings-geneeskundig en verzekeringsrechtelijk verzekeringskruis geweest (de befaamde den Hernien”).

Men moet bij een breuk *ontstaan*, resp. *uittreden* onderscheiden. De „breukzak” is als regel een *aangeboren* afwijking. Zonder deze praedisponerende factor leidt geweldsinwerking niet tot uittreden van ingewand. Zoodanig uittreden kan als gevolg van drukverhooging in de buikholve *geleidelijk* of *plotseling* geschieden. In de sociale verzekering worden slechts breuken als traumatisch aanvaard, wanneer zij door inwerking van *zwaar* geweld

f 1) Zie voor literatuur KAUFMANN (42) II, 526 ev. De appendix vermiformis („wormvormig aanhangsel”) is een uitstulping van het coecum („blinde darm”). Appendicitis is dus feitelijk geen ontsteking van den blinden darm maar van het wormvormig aanhangsel daarvan.

2) Wel te onderscheiden van *beenbreuk* (fractura). Zie voor literatuur KAUFMANN (42) II 543 e.v. De z.g. „*waterbreuk*” (hydrocele) (literatuur KAUFMANN (42) II 639) is in medischen zin heelemaal geen breuk, al gaat de hier bedoelde uitstorting van vocht tusschen de vliezen van den teelbal in een deel van de gevallen gepaard met de aanwezigheid van een echte breuk (hernia). De DAMVW sluiten haar uit. Ook de „*kramp-aderbreuk*” (varicocele) (literatuur zie KAUFMANN (42), II, 645) is medisch geen breuk en verdient te worden buitengesloten.

op buik of lies zijn veroorzaakt òf wanneer de breukinhoud *plotseling uitgetreden* en *terstond beklemd* is geraakt. De particuliere verzekering sluit de hernia uit:

„uitgesloten ongevallen, voor zoover daardoor *onderlijfsbreuken* zijn veroorzaakt of verergerd” (B l o m a).

„uitgesloten *ingewandsbreuken* (herniën, darmvernaauwing, of darmsluiting, ileus)” (R P).

„geen ongeval de gevolgen van kwalen, ziekten of gebreken, waaronder ook begrepen zijn *onderlijfsbreuken* (herniae)” (A M O).

„alle *onderlijfsbreuken* en haar gevolgen” (Z ü r i c h).

„tot ongevallen worden niet gerekend: . . . ontstaan of uit-treden van *breuken* (hernia)” (N a t. O n d.).

„als ongeval worden niet beschouwd . . . *breuk* (hernia)” (O. Z w o l. W i n t e r t h u r).

De eerste clause wijst de breuken af, ondanks de erkenning van de traumatische herkomst (B l o m a), de 2e en 4e, terwijl de al dan niet traumatische genese in het midden gelaten wordt ¹⁾ (R P), de derde wijst breuken aan als kwalen, ziekten en gebreken. Geen deugdelijke term is „*onderlijfsbreuken*” (breuken kunnen aan den geheelen buikwand voorkomen, terwijl „*onderlijf*” slechts een deel van den buik omvat). De goede Nederlandsche term is: „*ingewandsbreuken*” (beter dan de „Bauch- oder Unterleibsbrüche” van de DAMVW).

Medisch onjuist is de vermelding van *darmvernaauwing* of *darmsluiting* als species van het genus „*ingewandsbreuk*”.

Een indruk van de problemen, die bij de beoordeeling van de al dan niet traumatische origine rijzen, geeft mijn „breuk-formulier” ²⁾ (bijlage 3).

DARMVERNAUWING (OF -AFSLUITING) ³⁾

Bij de voornaamste oorzaken van darmafsluiting (ileus):

1) Cf. de in Engelsch-Amerikaansche polissen min of meer gebruikelijke clause: „This insurance shall not cover hernia of any kind, or disability, death or any other loss resulting therefrom whether the hernia be caused or aggravated by violent or accidental means or otherwise” (M e t r o p o l i t a n).

2) Dit formulier wordt aan de behandelende artsen van een, zich bij de bedrijfsvereniging voor land- en tuinbouwongevallen „Het Platte-land” om uitkeering wegens breuk aanmeldenden, verzekerde, ter invulling toegezonden.

3) De DAMVW spreken van „Darmverschlingungen und Darmverschliessungen”; de eerste moeten met *darmkronkel* (volvulus) worden

breukbeklemming (incarceratio), „draaiing van den darm” (volvulus) en in elkander schuiven van darmstukken (invaginatio), is rechtstreeksch oorzakelijk verband met een ongeval even onwaarschijnlijk, als moeilijk met zekerheid buiten te sluiten.

Voorbeelden van uitsluitingsclausules:

„uitgesloten ongevallen, voor zoover daardoor darmvernaauwingen of darmafsluitingen zijn veroorzaakt of verergerd (Bloma).

„uitgesloten ingewandsbreuken (herniën, darmvernaauwing, of darmsluiting, ileus)” (RP).

„uitgesloten ziekten als . . . darmkronkelingen” (O. Haag).

„als ongeval wordt niet beschouwd . . . occlusie der ingewanden” (Winterthur).

GEZWELLEN (TUMOREN) ¹⁾

Het ware wezen en de juiste oorzaak van de meeste gezwellen is vrijwel onbekend, zoo ook de invloed, dien aangeboren en verworven eigenschappen van het lichaam en uitwendige factoren op de ontwikkeling kunnen hebben.

De „Kausalitätsbedürfnis” van het publiek brengt echter mede, dat men gaarne een, korteren of langeren tijd voorafgegaan, trauma als oorzaak beschuldigt.

Naar mate die termijn korter is, is de zekerheid grooter, dat het ongeval niet eens de oorzaak *kan* zijn: het gezwel heeft voor zijn ontwikkeling veel meer tijd noodig dan de termijn, die in dergelijke gevallen verlopen is tusschen ongeval en *ontdekking* van het gezwel. Veelal is het ongeval niet meer dan de oorzaak van de ontdekking van een gezwel!

In een enkele polis komt een uitsluiting voor:

„uitgesloten, ongevallen voor zoover daardoor . . . *gezwellen* zijn ontstaan of verergerd” (Bloma).

Ik zou bij voorkeur gezwellen willen uitsluiten door te stipuleeren, dat ze nooit geacht worden door ongeval ontstaan of verergerd te zijn.

SPATADEREN (VARICES)

Spataderen zijn aangeboren of verkregen, op minderwaardigvertaald, de tweede met *darmafsluiting* (ileus). Waar darmkronkel darmafsluiting veroorzaakt en aan afsluiting vernauwing voorafgaat, terwijl vernauwing ook door andere oorzaken als darmkronkeling kan ontstaan, verdient de term „*darmvernaauwing of afsluiting*” de voorkeur. Literatuur zie KAUFMANN (42) II 518 e.v.

¹⁾ Literatuur zie KAUFMANN (42) II 178-239 en LUBARSCH (54), ROSTOCK.

heid van den aderwand berustende, aderuitzettingen (vooral aan de onderste ledematen). *Constitutioneële* en *ziekelijke* factoren overwegen.

Noch bij het *ontstaan*, noch bij de verergering speelt plotselinge geweldsinwerking een rol van beteekenis. Wel kan geweldsinwerking op spataderen verwickelingen tengevolge hebben: barsten en zweervorming¹⁾ (beenzweer, *ulcus cruris*). Primaire en secundaire ziektecomponenten, alsmede infectie, zijn dus van groote beteekenis (zie blz. 49 en 82).

In de sociale verzekering worden de gevolgen van verwonding van een spatader of van een variceus gedegenereerde huid schadeloos gesteld. Daarentegen ligt het, met het oog op het „normaliteitsbeginsel”, in de rede, dat men in de particuliere verzekering de aderspatten en hun gevolgen als regel uitsluit.

Voorbeelden van uitsluitingsclausules:

„uitgesloten *aderspatten* en *aderspattige zweren*” (P r e s.).

„uitgesloten *beledigingen der spataderen* en van het *als gevolg van de spataderen ziekelijk aangedaan weefsel*” (R P).

„tot ongevallen worden niet gerekend de *gevolgen van aderspatten*” (N a t. O n d.).

„complicaties door welke oorzaak ook van *aderspatten*, welke voor het ongeval bestonden” (Z ü r i c h).

„geen ongevalsgevolg dood of invaliditeit *medeveroorzaakt door aderspatten*” (I R O).

Ook algemeene uitsluitingen, zooals bijv. die van de EOA („niet is ontstaan, verband houdt met of beïnvloed wordt door ziekten, kwalen of gebreken”) zijn voldoende om aderspatten en hun gevolgen uit te sluiten.

Ten slotte is het nog mogelijk, dat uit de constructie van het ongevalsbegrip zelf (o.a. door opneming van de clausule „eenig en rechtstreeksch gevolg”, zie blz. 59) de uitsluiting van spataderen volgt.

Uit didactische overwegingen is bij wijze van illustratie soms een feitelijk overbodige uitdrukkelijke uitsluiting opgenomen (zie ook de DAMVW).

1) Indien de spataderen een zekeren omvang hebben, laat de bloedverzorging van de huid in de omgeving te wenschen over en genezen verwondingen van die huid slecht (*ulcus cruris varicosum*).

Literatuur KAUFMANN (42) II, 496, WALTER () (König-Magnus III, 496).

SPIT EN HEUPJICHT

Spit en heupjicht zijn twee kwalen, die van oudsher den ongevallenverzekeraars moeilijkheden bezorgd hebben.

Voor al de „spit” of „spit in den rug” (lumbago of lendenschot). De pijn pleegt hierbij „plotseling in den rug te schieten”. Nu eens zonder eenige aanwijsbare aanleiding, dan weer bij of in aansluiting aan min of meer overmatige krachtsinspanning. En ten slotte bij voorvallen, die een bijzonder karakter dragen: dreigen te struikelen, plotselinge ernstige overbelasting.

Tusschen de zuiver „rheumatische” spit aan den eenen kant en de duidelijke verscheuring van spier- of peesweefsel aan den anderen kant, bestaan vloeiende overgangen. Het dubieuze element is bovenal het „ongewone” („bijzondere”); ook het *uitwendige* en *gewelddadige* kan ontbreken, alsmede het *plotselinge*.

Alles bijeen dus een groep van ongelijksoortige en moeilijk te differentiëren gevallen.

In de sociale verzekering tracht men de al dan niet traumatische te scheiden (gevallen met en zonder geweldsinwerking, al dan niet plotseling ontstaan, met of zonder kennelijk overmatige krachtsinspanning) de meeste worden afgewezen en naar de uitvoeringsorganen van de Ziektewet verwezen.

Een indruk van de problemen, die bij de beoordeeling van de al dan niet traumatische origine rijzen, geeft mijn „lumbago-formulier”¹⁾ (bijlage 4).

Tot dusver heeft de Centrale Raad van beroep geweigerd gevallen van spit²⁾ als „letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan in verband met de dienstbetrekking” te aanvaarden.

De schiffingsmoeilijkheid is in de particuliere verzekering vrijwel algemeen grotendeels ondervangen door uitsluiting:

„de verzekering strekt zich niet uit tot . . . lumbago (*spit in den rug*)” (O. H a a g).

„geen ongeval . . . lumbago en *ischias*” (A.M.O.).

„als ongevallen worden niet beschouwd . . . *spit, lumbago, jicht, ischias*” (W i n t e r t h u r).

„uitgesloten *lendenjicht*” (P r e s.).

Bovendien valt „spit” veelal ook reeds onder de clause,

1) Dit is eveneens een formulier van „Het Platteland”.

2) Literatuur: zie METZ (35) en KAUFMANN (42) (I 427, II 665).

waarbij de gevolgen van *overmatige krachtsinspanning*, *vertillen*, *verrekken*, enz. plegen te worden uitgesloten (zie blz. 71).

Slechts één nieuwere Nederlandsche ongevalenpolis heeft de spit weer uitdrukkelijk met een zekere beperking — uitkeering niet langer dan 14 dagen — ingesloten (zie blz. 73).

Minder moeilijkheden geeft de *heupjicht* (ischias)¹⁾. Hier hebben we te doen met een prikkelings- of ontstekingsstoestand van de heupzenuw met een *uitgesproken ziekelijk* (rheumatisch, diabetisch, luetisch) *karakter*.

Slechts bij uitzondering is rechtstreeksche geweldsinwerking op die zenuw aannemelijk (val of slag op bil of heup).

Onder de sociale verzekering wordt soms de door afkoeling ontstane ischias nog als ongeval in verband met de dienstbetrekking aanvaard, indien de afkoeling — bijv. door val in het water bij het werk of door natregenen, bijv. van een politieagent op post — een plotseling en ernstig, dus bijzonder karakter draagt.

In de particuliere verzekering pleegt men de „atmospherische invloeden” buiten te sluiten en wordt overigens veelal de ischias door de formuleering van het ongevalsbegrip of door algemeene uitsluitingen of ten slotte door bijzondere uitsluitingen (zie boven bij spit) buitengesloten.

TENDOVAGINITIS (CREPITANS)²⁾

De zgn., al dan niet „krakende”, peesscheede-ontsteking (kararm, knerp) is een, door relatieve of absolute overbelasting min of meer plotseling optredende en hardnekkige pijnlijke, aandoening van één of meer peezen of spieren van den onderarm (bij uitzondering van het onderbeen).

Nu eens ontstaat ze zeer plotseling bij *bijzondere*, overmatige krachtsinspanning of zelfs bij *directe geweldsinwerking*. Dan weer geleidelijk in den loop van dagen of uren bij eindeloos verrichten van bepaalde, soms ongewone, bewegingen of ook bij gewoon en sedert jaren gewend werk.

Ook hier dus weer twijfelachtig zijn of ontbreken, niet alleen van het *plotselinge*, maar ook van het *gewelddadige*, *uitwendige* en/of *bijzondere* en een reeks vloeiende overgangen.

Een denkbeeld van de vragen, die bij de beoordeeling van de

1) Literatuur: zie KAUFMANN (42) I 651.

2) Literatuur: zie METZ (35), KAUFMANN (42) (II 672).

traumatische origine rijzen, geeft mijn „tendovaginitisformulier” 1) (bijlage 5).

Sedert de uitbreiding der sociale ongevallenwetten met „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan, in verband met de dienstbetrekking” en uitdrukkelijke aanwijzingen van pees-schede-ontsteking als zoodanig, worden dergelijke gevallen bij de *sociale* verzekering als ongeval aanvaard of daarmee gelijk-gesteld.

Sedert de Centrale Raad heeft uitgemaakt, dat men zelfs in een bepaald geval van tendovaginitis niet meer mag vragen, hoe lang het letsel blijkbaar noodig had zich te ontwikkelen, (zie blz. 45) worden dergelijke gevallen zonder onderscheid en onderzoek aanvaard, voorzoover het verband met de dienst-betrekking niet kan worden ontkend.

De meeste *particuliere* polissen sluiten ze uit. Hetzij, dat zij niet voldoen aan de ongevalsdefinitie, hetzij dat zij geacht moeten worden te vallen onder algemeene uitsluitingsclausules, hetzij dat men dienaangaande een bijzondere uitsluitingsclausule heeft opgenomen:

„niet begrepen de gevolgen van *knerp*” (EOA-oud model).
 „als ongelukken worden niet beschouwd, *zelfs niet als een plotse-linge en gewelddadige inwerking van een uitwendige oorzaak daartoe mocht hebben bijgedragen*, de navolgende gevallen: . . . tendovaginitis crepitans (peeschede-ontsteking”) (Winterthur).

De eerstgenoemde clausule moet m.i. aldus worden geïnterpreteerd, dat alleen de kennelijk niet traumatische tendovaginitis is buitengesloten. De tweede clausule sluit behalve de niet-traumatische *ook* de kennelijk wel traumatische uit.

A A N H A N G S E L

TERRITORIALE BEPERKINGEN

Territoriale beperkingen van wisselenden aard worden in alle ongevalspolissen gevonden.

Inderdaad is op bepaalde plaatsen in het buitenland het risico van den verzekeraar grooter uit hoofde van:

- I. *verhoging van het ongevalsgevaar* (hooggebergte, niet vol-

1) Dit is eveneens een formulier van „Het Platteland”.

doende gepacificeerde gebieden, gebruik van gevaarlijke middelen van vervoer).

2. *bemoeilijking van aangifte, onderzoek en contrôle*
(verhoogde kansen op misbruik en hogere administratiekosten.)

3. *mindere of onvoldoende bereikbare geneeskundige behandeling* (kansen op verergering van de ongevalsgevolgen en vermindering van de genezingskansen).

Toetst men de gebruikelijke beperkingen aan de bovenstaande criteria, dan ontbreekt evenveel aan de rationaliteit als aan de uniformiteit.

DRIEËRLEI TERRITOIR

Veelal wordt reeds niet voldoende onderscheid gemaakt tusschen drieërlei territoir, te weten de plaats waar:

1. het ongeval geschiedde,
2. het letsel zich openbaarde,
3. de getroffene zich bevindt.

Die drie plaatsen behoeven niet samen te vallen (bij sommige letsels duurt de „latente periode” dagen, weken, maanden).

Gebruikelijke clausules van dien aard:

„de verzekering is van kracht binnen de grenzen van . . .” (F a t., ER, AMO, N. Lloyd, Pres., IRO, MADB, O. Zwol., Zürich, Phil.).

„Deze verzekering waarborgt uitkeeringen terzake van ongevallen, (den) verzekerde overkomen, in . . .” (NEN, ENO).

De eerste is voor meer dan één uitlegging vatbaar en dus ondeugdelijk, de tweede is ten minste duidelijk, maar daarom nog niet rationeel.

Slechts in één polis, die mede het besmettingsgevaar voor bepaalde besmettelijke ziekten omvat, is de plaats, waar de getroffene zich bevindt, richtsnoer:

„Wegens besmettelijke ziekte echter bestaat slechts aanspraak op uitkeering bij *verpleging in het Rijk in Europa*” (F a t., artsenpolis.)

De plaats, waar men de met ongeval gelijkgestelde, infectie heeft opgelopen is, hierbij dus irrelevant.

DE GEBRUIKELIJKE TERRITORIALE BEPERKING

Alle normale polissen ¹⁾ spreken primair van „*binnen de grenzen*”

1) Uitteraard niet de reispolissen, Indiëpolissen, meestal ook niet de artsenpolissen.

van *Europa*" of „in *Europa*". Vermoedelijk zijn onder de eerste aanduiding de *territoriale wateren* niet en onder de tweede wel begrepen. Voorts strekt de geldigheid zich als regel uit tot de (niet-Europeesche) *kuststreken* langs (van?) de Middellandsche zee — de oude wereldzee — maar zeer ongelijk:

1. soms alleen de *kuststreken* (F a t.), waarbij men in het duister tast ten aanzien van de breedte en diepte dier streek,

2. soms zelfs alleen de *havenplaatsen* (van Noord-Afrika: ER), waarbij weer veelal niet vermeld is of men daar al dan niet bij debarkeeren ook nog verzekerd is,

3. soms geheel *Algiers, Tunis, Marokko*, als regel inclusief *Egypte* (maar dan meestal „tot den 25en breedtegraad"): ER, AMO, N. L l o y d; „tot aan den tweeden katarakt": W i n t e r t h u r).

De Zürich sluit van Marokko de „niet-gepacificeerde zône" uit!

4. soms bovendien *Palestina* (ER, AMO, bijv.), *Azoren, Madeira, Canarische eilanden* (F a t., en zonder de Azoren o.a. ER, AMO).

Een „Indiapolis" breidt de verzekering uit tot:

„de grenzen van Europa, in de Nederlandsche Koloniën, in de Straits Settlements, benevens op passagiersbooten van geregelde stoomvaartlijnen tusschen havens van alle *beschaafde* landen der wereld" (F a t.).

Ik zal mij maar niet wagen aan een poging den inhoud van dat „beschaafd" te peilen.

Slechts bij uitzondering is behalve de *reis*, ook het *verblijf* op de plaats van bestemming uitdrukkelijk mede verzekerd (NHAV, N. L l o y d).

„ongevallen den verzekerde overkomen in de havenplaatsen". (MADB, Zürich), (met een beperking tot 3 maanden W i n t e r t h u r).

Deze „debarkeerkwestie" is niet van ondergeschikte beteekenis: in elke oude „reispolis" van de vorige eeuw was terecht — onverschillig of het een „zeereispolis" of een „spoorreispolis" was — scherper de grens van het risico omschreven ¹⁾.

WISSELENDE UITSLUITING VAN BOOTREISRISICO'S

Nog onbevredigender dan deze verschillen zijn de wisselende in- en uitsluitingen van „bootreisorisico's".

¹⁾ Vg. Musterpolice van het „Secreiseunfall-Versicherungsverband" van 1898, § 2, de polis van het „Europäische Verband zur Versicherung

Het begint reeds met de volgende onderscheidingen:

a. „geregelde stoomvaartlijnen” (soms aangeduid als „stoomschepen, in geregelden dienst varende”). Vallen daaronder alleen de *vaste lijnen*? Of ook de bekende „zomercruises” van de groote scheepvaartmaatschappijen. Wil men alleen de „ongeregelde vaart” uitsluiten?

Mogen „schepen van geregelde stoomvaartlijnen” wel *motor*-schepen zijn?, (juister is zeker de aanduiding „stoom- of motor-schepen” (N. L l o y d).

b. *passagiersschepen en vrachtschepen*; soms nog afzonderlijk „*passagiersbooten, die ook dienen voor het vervoer van goederen*” (O. H a a g). Deze beperkingen missen goeden grond voor de moderne vrachtschepen met passagiersaccomodatie.

Een nieuwe „reispolis” eischt, dat zeereizen gemaakt worden met:

„*passagiersbooten (waaronder ook te verstaan vrachtbooten, die mede voor vervoer van passagiers ingericht zijn), die een bewijs van zeevaardigheid van de bevoegde autoriteit hebben*” (F a t.).

Verwonderlijk is het ontbreken van het criterium van al dan niet aan boord hebben van een *scheepsarts*, gezwegen van de nationaliteit van het schip. Onduidelijk is de aanduiding „*1e klasse schepen*” (N a t. O n d.).

Wat de zeeën betreft, die bevaren mogen worden, pleegt behalve de Middellandsche veelal ook nog de Zwarte zee (O. H a a g, P h i l, N a t. O n d., P r e s., F a t., E R, N H A V, W i n t e r t h u r e. a.) te worden genoemd en bij uitzondering de Kaspische zee (R P). Daarentegen schittert de Atlantische Oceaan door afwezigheid. Raadpleging van de DAMVW en OAMVW maakt de herkomst van de eerstgenoemde Zeeën wel, maar de afwezigheid van den Atlantischen Oceaan niet duidelijk. Blijkbaar is ook „de 25ste breedtegraad in Egypte” van Duitsche origine, terwijl de „geregelde lijnen” weer van Oostenrijksch maaksel zijn.

Niet onredelijk is de beperking tot normale vredesverhoudingen in de bezochte streken:

a. „tenzij de plaats (of het gebied), waarin de verzekerde zich be-

von Besuchern der Weltausstellung in Chicago-1893”, enz. en de polissen van de groote Engelsche en Duitsche spoorwegongevallenverzekeringmaatschappijen.

vindt, in *staat van oorlog of beleg is verklaard*" (NEN, N. Lloyd, ENO).

Ik laat in het midden of het *objectieve* „verklaringscriterium” in de praktijk niet even gemakkelijk tot moeilijkheden aanleiding kan geven als het meer *subjectieve*:

b. „in tijd van vrede” (AMO, ER, Phil.).

Overigens bedenke men, dat het reisrisico minder afhankelijk is van de bezochte plaats en van het gebezigde — niet-abnormale — vervoermiddel, dan wel van den reiziger zelf!

HOOFDSTUK VI

VERPLICHTINGEN VAN DEN VERZEKERDE BIJ VOORKOMENDE SCHADEGEVALLEN

DE VERDEELING VAN DEN BEWIJSLAST

Het, zowel theoretisch als practisch gewichtige, vraagstuk van de verdeling van den bewijslast wordt hier aan de orde gesteld, omdat als regel voorschriften dienaangaande in de polisvoorwaarden onder „verplichtingen van den verzekerde bij voorkomende schadegevallen” opgenomen zijn.

De algemeene verdeling van den bewijslast in het verzekeringsrecht is aldus (DORHOUT MEES (55) blz. 242 en MOLENGRAAFF (23) II, 818, 823, 837, 922): 1. de *verzekerde* moet het *sinister* en het causaal verband tusschen *sinister* en schade aantoonen, alsmede dat hij aan zijn verplichtingen voldaan heeft. 2. de *verzekeraar* moet de, hem van aansprakelijkheid bevrijdende, omstandigheden bewijzen: eigen gebrek (249 K), eigen schuld (251 K), nietigheid van de overeenkomst (251 K), uitgesloten zijn van de schadeoorzaak (o.a. ook opzet).

Als voorbeelden van bijzondere bewijsrechtelijke voorschriften, ontleen ik aan ongevalenpolissen:

„Wie op grond van dit contract aanspraak maakt op schadevergoeding, is verplicht zoo spoedig mogelijk nadat de dood is ingetreden of de geneeskundige behandeling is afgelopen, het bewijs te leveren, dat *omstandigheden of feiten, waaruit de verplichting tot betaling van die schadevergoeding door F a t. voortvloeit*, zich hebben voorgedaan” (F a t.).

„Bij het aanspraak maken op uitkeering rust de bewijslast van het *ongeval* op den verzekerde, of bij het overlijden op den bevoorrechte, in de polis genoemd” (NHAV).

„Hij, die op grond van de polis aanspraak op uitkeering maakt, is gehouden het bewijs te leveren, dat de Maatschappij tot uitkeering verplicht is en in het bijzonder, dat het lichamelijk *letsel*, dat de dood, blijvende of tijdelijke invaliditeit van den verzekerde veroorzaakte, *rechtstreeks en onmiddellijk het gevolg is van het ongeval*, als bedoeld in art. 2 en dat het ongeval plaats had *onafhankelijk van opzet* van den verzekerde of van iemand, die bij de uitkeering

belang heeft (AMO) (ongeveer gelijkkluidend IRO; N. Lloyd). (Verzekerde) „verplicht het bewijs te leveren, dat de aanspraak op het verzekeringscontract is gegrond” (EOA).

„Indien verzekerde (in geval van dood de rechtverkrijgende) op grond van deze verzekering aanspraak op uitkeering doet gelden, moet door hem het bewijs geleverd worden, dat de *omstandigheden* zóó zijn, dat *zonder twijfel* de Maatschappij tot uitkeering verplicht is; in het bijzonder, dat de bekomen *lichamelijke beleediging*, welke het overlijden of de blijvende invaliditeit van den verzekerde tengevolge heeft gehad, *uitsluitend en alleen door een ongeval* veroorzaakt is” (RP).

In verschillende polissen komt de overbodige toevoeging voor, dat, indien een dergelijk bewijs niet wordt geleverd, de verplichting van de maatschappij om de schadevergoeding uit te keeren verval (RP, IRO, MADB, AMO).

DUIDELIJKE OMSCHRIJVING VAN DEN OMVANG VAN DEN BEWIJS- LAST GEWENSCHT

Onbevredigend is, dat in vele dier bewijsrechtelijke clausules de omvang van den bewijslast niet duidelijk omschreven is.

Ik neem aan, dat onder „*omstandigheden en feiten, waaruit de verplichting tot betaling van schadevergoeding voortvloeit*” (F a t.) slechts de aanwezigheid van positieve en niet de afwezigheid van negatieve vereischten voor de aansprakelijkheid van verzekeraars wordt verstaan: maar dan is de clause vrijwel overbodig.

Wat wordt onder „*bewijslast van het ongeval*” (NHAV) verstaan? Behoefte bij die Maatschappij de verzekerde het *causaal verband* niet aan te toonen?

In strijd met goede bewijsrechtelijke beginselen is de eisch, dat de verzekerde de *afwezigheid van opzet* bewijst (AMO); idem de afwezigheid van twijfel(!), resp. de afwezigheid van ziekte-componenten (*letsel „uitsluitend” ongevalsgevolg*) (RP). De clause van de EOA is niet veel meer dan een herhaling van 1902 BW en gaat te ver, voorzoover bedoeld is, dat ook de verzekerde de afwezigheid van aansprakelijkheidopheffende omstandigheden moet bewijzen.

AAN HET BEWIJS ZELF TE STELLEN CRITERIA

Rationeel zijn de volgende clausules, die de — negatieve — waarde van, naar leekenoordeel voor de hand liggende, vermoedens stipuleren, in verband met 1952 BW en dus den bewijslast omkeeren:

„Het verdwijnen of verdrinken van den verzekerde levert geen *vemoeden* op van diens door een ongeval veroorzaakten dood” (AMO).

„In geval van verdrinking of gasverstikking geldt het *enkele* feit van het vinden van een menschelijk lichaam in het water of in een met schadelijke gassen gevulde ruimte, niet als bewijs van een ongeval” (F a t.) (zie ook blz. 76 e.v.).

Met de bewijslast in engeren zin houdt dit slechts zijdelings verband. Het zelfde geldt met betrekking tot den eisch, die aan het bewijs zelf moet worden gesteld. Terecht wees reeds in 1895 het Reichsgericht „unbedingte mathematische Gewissheit” af: hooge mate van waarschijnlijkheid is voldoende¹⁾.

De sociale verzekering huldigt het standpunt der vrije bewijsvoering. Het „in dubio pro aegroto” wordt daar aldus toegepast, dat een „*zekere* overblijvende mate van twijfel” geen bezwaar vormt om de grieven van getroffene tegen afwijzing van zijn aanspraken gegrond te verklaren en hem alsnog in het genot te stellen van de uitkeeringen, bij wet of reglement voorzien. Men eischt dan niet „aan zekerheid grenzende mate van waarschijnlijkheid”, maar „*genoegzame mate van waarschijnlijkheid*”.

Dit verschil tusschen sociale en private ongevallenverzekering moet niet daaraan worden toegeschreven, dat het „uberrimafides-beginsel” in het eene geval anders wordt toegepast als in het andere, maar hieraan, dat in de sociale wetgeving bovendien nog een „*beschermingsbeginsel*” werkzaam is (bescherming van den zwakkeren werknemer tegen den sterkeren werkgever) en bovendien een „*aansprakelijkheidsbeginsel*” (aansprakelijkheid van den werkgever voor alle bedrijfsgevolgen).

BUITENLANDSCHE BEWIJSRECHTELIJKE VOORSCHRIFTEN

Aan de buitenlandsche literatuur ontleen ik slechts enkele bijzonderheden. Historisch belangwekkend is de rechtsoverweging van het Reichsgericht (1887):

„Die Beweislast ist für den Versicherten nicht anders zu beurteilen, wie für den Beschädigten bei einer Klage aus der . . . lex Aquilia”.

Thans, 50 jaar later, zweert men liever bij „moderne(re) praetuur”. Veel waarde hebben bewijsrechtelijke opvattingen omstreeks 1900 evenmin (HIESTAND) (6).

BANFIELD (56) verdedigt het Engelsche standpunt, dat voor-

1) Onredelijk is dan ook zeker de eisch der RP dat de dood „*ontwifelbaar*” een direct en uitsluitend gevolg van het ongeval moet zijn.

waarden er zijn ter bescherming van den verzekeraar en deze bewijzen moet, dat niet aan die voorwaarden voldaan is. Drie dingen vragen bovenal om een bewijs: de ongevalsgebeurtenis, de werking van excepties en het tijdstip, waarop het ongeval geschiedde. De verzekerde moet bewijzen, dat de oorzaak van de schade de in de polis opgenomen, ongevalsgebeurtenis was, maar de exceptie moet weer door verzekeraars worden aangetoond. Gedocumenteerde beschouwingen en casuïstiek (Duitsche en Oostenrijksche) kan men bij HANAUSEK (57) vinden. Belangrijk is zijn vraag: of bewijsrechtelijke overeenkomsten wel geldig zijn? Inderdaad zijn verschillende bewijsrechtelijke wetsvoorschriften dwingend recht en dat is maar goed ook, als men ziet, dat sommige polissen onredelijke, den bewijslast van den verzekerde overmatig verzwarende, ja soms onmogelijke, bewijslastafspraken, bevatten, die het doen gelden van aanspraken uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst illusoir kunnen maken. Terecht komt HANAUSEK tot de slotsom:

„De verzekerden hebben behoefte aan de bescherming door dwingende rechtsnormen tegenover de oeconomische overmacht van de verzekeringsmaatschappijen”.

In DAMVW en OAMVW zoekt men bewijsrechtelijke voorschriften te vergeefs en ik geloof, dat de ontstentenis erg verstandig is en het geen aanbeveling verdient van het gemeene bewijsrecht — ook voor zoover mogelijk — af te wijken.

VERPLICHTE BEWIJSMIDDELEN?

Uiteraard mag men bij de verzekeringsovereenkomst bepalingen maken, die afwijken van de regelen, die het 4e boek van het BW voor het bewijs geeft. En dan is het practisch de bewijsverplichtingen scherp te omlijnen, mits men dat maar op redelijke wijze doet en geen bewijsmiddelen verplicht stelt, waarover hij, op wien de bewijslast rust, de beschikking niet heeft en soms ook niet kan krijgen. Ik neem intusschen aan, dat in een dergelijk geval rechter of arbiter redelijkerwijs een beroep van den verzekeraar op het ontbreken van het bedongen bewijsmiddel zou refuteeren.

Verschiedene polissen bevatten inderdaad aanwijzingen over de te bezigen *bewijsmiddelen*. Zoo zullen we bij de *attesteerverplichting* (zie blz. 144) „verplichte bewijsmiddelen” in den vorm van „attesten” tegenkomen.

„De maatschappij is gerechtigd, tot nadere vaststelling van het ongeval, de oorzaak en de gevolgen daarvan, de *tusschenkomst van de autoriteiten* in te roepen, en bijzonderlijk *alle rechtsmiddelen* overeenkomstig art. 876 e.v. Rv. ter hand te nemen.

„De daaruit voortvloeiende kosten, alsmede alle kosten voor het constateeren van de oorzaak van het overlijden des verzekerden gemaakt, moeten door de beide partijen, elk voor de helft gedragen worden” (RP).

Nu betreft 876 ev Rv primair een *rechtsmiddel* en secundair een *bewijsmiddel*. Dat secundaire karakter komt in dit geval indirect ook tot zijn recht, waar de verzekeraar de verzekerde mede aansprakelijk kan stellen voor de kosten. Het komt dus neer op den eisch „gij verzekerde moet geheel of ten deele op eigen kosten U, als ik dat wensch, van dit of dat bewijsmiddel bedienen”.

Dergelijke clausules zijn ongewenscht, omdat zij het den verzekeraar mogelijk maken den verzekerde op kosten te jagen, zonder dat hij zich daartegen kan verzetten.

Weigering brengt kans op verlies van elke aanspraak met zich.

AANGIFTEVERPLICHTING (ex 283 K.)

In de keten van „inlichtingsverplichtingen”, die *uberrima fides*, wet en polisvoorwaarden aan den verzekerde opleggen, vormt de „aangifteverplichting” (Anzeigepflicht) een van de belangrijkste schakels. Men onderscheide echter wel:

1. niet-nakomen *bij het sluiten van de verzekering* van de inlichtingsverplichtingen, als bedoeld in 251 K, maakt de *geheele overeenkomst* nietig;
2. niet nakomen van die verplichtingen *tijdens den loop van de verzekering* in den zin van risicoverzwaren (cf 293 K), doet *de verplichtingen van den verzekeraar* ophouden;
3. niet-nakomen van die verplichtingen *bij het ontstaan van schade*, als bedoeld in 283 K, doet slechts een verbintenis tot *vergoeding van kosten, schaden en interessen* geboren worden zoo daartoe gronden zijn!

Intusschen deroegeren vele polissen aan deze voorschriften.

In beginsel eischt 283 K *kennisgeving dadelijk na het ontstaan van de „schade”*. „Schade” is niet het „ongeval”, maar het „letsel” of de *arbeidsongeschiktheid* ! Dit is van belang, omdat er, zij het bij uitzondering, geruime tijd tusschen ongeval en zich openbaren, althans vastgesteld worden van het letsel kan ver-

loopen. Het zou dus onredelijk zijn het geoorloofde tijdsverloop voor het doen van aangifte te rekenen van het oogenblik van het ongeval af¹⁾.

EHRENZWEIG (58) wijst er trouwens terecht op, dat de „Anzeigepflicht” niet behoort betrekking te hebben op het „Unfall”, maar op het „Versicherungsfall”. Beslissend zijn volgens hem niet de „mogelijke schadelijke gevolgen”, maar de „vermoedelijke aanspraken”. Bovendien moet eerst verband tusschen het *letsel*, dat aanspraken wettigt, en het *ongeval* worden herkend, alvorens aangifte kan geschieden. Hij scheidt:

1. „Anzeigepflicht” (mededeeling van het plaats gehad hebben van een ongeval, plus opgave van den naam van den behandelenden arts, inclusief machtiging aan dien arts om hem van zijn zwijgplicht te ontheffen);

2. „Auskunftspflicht” (invullen formulier, verder onderzoek mogelijk maken). Deze scheiding of onderscheiding heeft naar mijn meening geen praktische beteekenis.

Over het algemeen zijn de desbetreffende Nederlandsche polisvoorschriften streng. In verscheidene begint de termijn van het ongeval te loopen, en moet dan ook het ongeval worden aangegeven²⁾, blijkbaar op voetspoor van DAMVW en OAMVW.

1) Een soortgelijke opmerking maakt DORHOUT MEES (55), blz. 277 (654 K is in dit opzicht gelukkiger geformuleerd dan 283 K). De door hem opgegeven jurisprudentie over, ook door den rechter onbillijk geachte, al te letterlijke, interpretatie van een in de polisvoorwaarden geëischte „onmiddellijke kennisgeving” spreekt terzake voor zich zelf.

2) Art. 66 OW 1921 en art. 62 LTOW stellen de aangifte van een ongeval verplicht binnen 24 uur *na het verleenen van de geneeskundige hulp* en in alle gevallen binnen tweemaal 24 uur, *nadat de gevolgen van het ongeval* (d.w.z. het *letsel*) *geneeskundige hulp noodig maken*.

Bovendien zij gewezen op de „sociale” = royale wijze, waarop art. 73 OW, lid 3 en art. 70 LTOW het verval van recht regelen: de aangifte moet plaats gehad hebben binnen een jaar na het ongeval en bij overlijden binnen een jaar na het overlijden, tenzij de aanvrager aantoonde, dat de gevolgen van het ongeval zich niet terstond na het ongeval hebben geopenbaard of als zoodanig zijn herkend (anders begint de verjaringstermijn te loopen van den dag, waarop zich die gevolgen hebben geopenbaard of als zoodanig zijn herkend).

Bij de ziekwet geeft de aangifteverplichting meer moeilijkheden (zie Zw. 47 en voor de sanctie op overtreding Zw. 53lg: bevoegdheid tot weigering van uitkeering over de dagen, voorafgaande aan den derden dag na dien van de ontvangst van de ziekmelding — in verband met de „wachtdagen” van Zw. 37 lid 2). Een soortgelijke clause vond ik in

Voorbeelden van aangifteclausules:

„onverwijld” (F a t.).

„binnen 3 maal 24 uur” (A M O, E O A); 5 dagen (N a t. O n d., N H A V); 7 dagen (W i n t e r t h u r, enz.).

„zoo spoedig mogelijk na het plaats vinden van een ongeval, dat recht geeft op schadevergoeding . . . (B l o m a, cf. N E N).

„Wordt de verzekerde getroffen door een ongeval, hetwelk recht geeft op uitkering wegens tijdelijke ongeschiktheid, dan behoort aan „De Phil.” kennis te worden gegeven voor of op de tiende dag na het ontstaan daarvan, bij gebreke waarvan de uitkeering in geen geval eerder ingaat, dan van de dag dier kennisgeving af” (P h i l.).

„Alle termijnen worden gerekend van den dag en het uur, waarop het ongeval plaats vond. Hij, die aanspraak op schadevergoeding doet gelden, kan er zich nooit op beroepen dat het overschrijden der termijnen aan anderen te wijten is, of dat de gevolgen van het plaats gevonden ongeval niet te voorzien waren” (R P).

„Alle bijzonderheden omtrent het ongeval en het letsel moeten zoo spoedig mogelijk aan de ER worden medegedeeld, door inlevering van een behoorlijk ingevuld (kosteloos te verkrijgen) formulier van aangifte. Is die inlevering niet geschied in geval van dodelijke afloop ten minste 24 uur vóór de teraardebestelling of de verassing en anders binnen 21 dagen na het ongeval, dan moet de vertraging ten haren genoegen worden verklaard” (E R).

Een ongeval geeft echter eerst recht op schadevergoeding (de N E N spreekt van „aanspraak op uitkeering”), wanneer er een letsel of arbeidsongeschiktheid, althans behoefte aan geneeskundige hulp, optreedt. Afgezien van het navolgenswaardige voorbeeld van O W en L T O W is de beste formule nog die van de E R.

VERZACHTINGSCLAUSULE EN REDELIJKHEIDSBEGINSEL

Zoodanige clausule behelst veelal, dat bij niet inachtneming van de gestelde termijnen (met of zonder toevoeging van een maximum-overschrijding, na afloop waarvan elke verplichting ophoudt), de belanghebbende niettemin aanspraak houdt op uitkeering,

„indien hij aantoonde, dat de niet-inachtneming van de gestelde termijnen hem redelijkerwijs niet kon worden toegerekend (N E N, O. Z w o l., N. L l o y d, E N O).

een ongevallenpolis: „Indien de kennisgeving van invaliditeit later inkomt dan 2 maal 24 uur na het ongeval, dan heeft de Directie het recht, de uitkeering evenveel later te doen ingaan” (I R O, een organisatie die nauwe betrekkingen onderhoudt met een van de uitvoeringsorganen van de ziektewet).

„ten genoege van de Directie wordt gerechtvaardigd" (AMO, MADB).

„tenzij hij bewijze, dat hem zoodanige kennisgeving onmogelijk was" (F a t.).

„tenzij ten genoege van de Directie blijken mocht, dat het dengeen, die uit de bestaande verzekering aanspraken kan doen gelden onmogelijk was de genoemde kennisgeving en stukken op tijd aan de Directie te doen toekomen, doch dat niettemin de meest mogelijke spoed is betracht" (N a t. O n d.; NHA V).

De maximumtermijn, waarna geen rechtvaardigingsgrond meer wordt aanvaard, is 3 maanden (F a t., NHA V, N a t. O n d.); 30 dagen (AMO, P r e s., MADB), 60 dagen (N. L l o y d, ENO, O. Z w o l., NEN). Beter acht ik enkele korte aanwijzingen (zie § 9 DAMVW en art. 12 OAMVW), plus een algemeene „verzachttingsclausule" ¹⁾.

Rechter en arbiter plegen intusschen niet geneigd te zijn al te stringente polisbepalingen als richtsnoer te aanvaarden en passen eenvoudig krachtens 1374 en 1375 B.W. — ondanks 1378 B.W. — het redelijkheidsbeginsel toe:

„Bij de uitlegging van polisvoorwaarden moet worden nagegaan, wat de *strekking* daarvan is; bovenbedoelde voorwaarde (zoo spoedig mogelijk en binnen tien dagen) is gegrond op het belang van den verzekeraar onmiddellijk kennis te nemen van de bijzonderheden van het ongeval; in casu werd hij echter door late kennisgeving niet geschaad.

De voorwaarde moet aldus worden opgevat, dat de termijn van tien dagen mag worden overschreden, indien het niet mogelijk is binnen dien tijd kennisgeving te doen. Kennisgeving binnen tien dagen was in casu redelijkerwijze onmogelijk, daar het hier betreft een dikwijls voorkomend ongeval, waarvan nagenoeg niemand aangifte doet, tenzij zich onmiddellijk eenigszins ernstige gevolgen openbaren, wat in deze echter niet het geval was. Waar in de late kennisgeving in casu noch eenig nadeel voor den verzekeraar, noch eenig verzuim van den verzekerde gelegen, kan een beroep van den verzekeraar op bovenbedoelde polisvoorwaarde niet opgaan" (Arbitrale uitspraak 4 Nov. 1924, A.R. 83).

„De bepaling in de polis, dat indien de kennisgeving niet binnen drie dagen na het ongeval is geschied met vermelding van zooveel bijzonderheden daaromtrent en omtrent het bekomen letsel als toen bekend waren, de belanghebbende elke aanspraak op uit-

¹⁾ Cf. de Amerikaansche „Standardprovision" No. 6: „Failure to give notice within the time provided in this policy shall not invalidate any claim if it shall be shown not to have been reasonably possible to give such notice and that notice was given as soon as was reasonably possible" (Metropolitan).

keering verbeurt, moet *redelijkerwijze* aldus worden opgevat, dat *zoodra* hetzij getroffene, hetzij, bij diens overlijden, de belanghebbenden, *in staat* is van eenig ongeval en de gevraagde bijzonderheden (Rtb. Amsterdam 16 Juni 1936 N. J. 1932, 67; cf. Rtb. Groningen 1 Maart 1929, N. J. 1930, 287).

DE WIJZE, WAAROP AANGIFTE MOET GESCHIEDEN.

De meest voorkomende vereischten zijn:

a. „*telegrafisch*”, speciaal bij doodelijken afloop (DAMVW, OAMVW, F a t., B l o m a, I R O, O. Z w o l., Z ü r i c h).

b. „*schriftelijk en bij voorkeur telegrafisch*”, speciaal ook bij doodelijken afloop (NEN, ENO, schriftelijk of telegrafisch: AMO, MADB).

Het is mij niet duidelijk, waarom „*telefonisch*” niet vermeld is. Ook de suggestie „*zoo mogelijk bij doodelijken afloop bovendien rechtstreeks door den behandelenden geneesheer aan den medisch-adviseur van den verzekeraar*” (met vermelding van telefoonnummers), zou een spoedige kennisgeving bevorderen, vooral wanneer men den artsen een honorarium voor hun bemoeiingen garandeert, zooals de RVB doet).

c. „*per aangeteekende brief*” (B l o m a). De rechtbank te Amsterdam besliste reeds in 1920 (W. 10667, NJ, 1921, 527), dat dit geen verschil maakte met een gewoon schrijven, behoudens het feit, dat zoodanige wijze van verzending alleen voor den verzekerde zelf van belang is, om te kunnen bewijzen, dat de verzekeraar de kennisgeving ook werkelijk ontvangen heeft.

d. „*gedagteekende en onderteekende aangifte op het schadeformulier*” (van den verzekeraar) wordt soms *alleen* (B l o m a, E R, E O A, N H A V, A M O, zooveel mogelijk Pres.) soms *aanvullend* vereischt. De praktijk is, dat de verzekeraar de aangifte per brief beantwoordt met toezending van een schadeformulier en verschillende polissen bevatten voorwaarden ten aanzien van de termijn van terugzending van dat *formulier*: „binnen 10 dagen na het ongeval, resp. het kennismaken daarvan” (F a t., terwijl bij deze maatschappij het ongeval *zelf* eerst „onverwijld” moet worden aangegeven, O. Z w o l.).

DE OMVANG VAN DE INLICHTINGSVERPLICHTINGEN

Deze is verschillend omschreven:

„De verzekerde (resp. zijn rechthebbende) is verplicht andere

(dan de op het schadeformulier voorkomende) eventueel door Fat. aan hem gestelde vragen *nauwkeurig, volledig en naar waarheid* te beantwoorden" (F a t., nog iets eenvoudiger ER).

„Den verzekeraars of hun gemachtigde de door hen verlangde inlichtingen betreffende het ongeval, de oorzaken en de gevolgen te verstrekken" (B l o m a).

„mede te deelen, waar, wanneer, waardoor en onder welke omstandigheden het ongeval heeft plaats gehad, welke getuigen daarbij tegenwoordig waren en onder welk polisnummer de verzekering is gesloten" (NEN, ongeveer gelijkkluidend MADB, ENO).

RP vraagt terecht naar naam en adres van behandelend arts

Ten aanzien van de sanctie op overtreding van deze voorschriften derogeren de meeste polissen aan 283 K.

In strijd met het, in het algemeene verzekeringsrecht vrijwel algemeen gehuldigde, beginsel, dat de „sanctie veelal parallel loopt met den regel, dat voor schade, door schuld en nalatigheid van den verzekerde veroorzaakt, geen vergoeding wordt gegeven" (DORHOUT MEES (55), blz. 278), worden in vele polissen *schuld en nalatigheid* van den verzekerde met betrekking tot de kennisgeving van ongeval en letsel, onverschillig of die eenige schade voor den verzekeraar met zich bracht, met verlies van aanspraken gestraft, krijgt althans de verzekeraar het recht elke uitkeering te weigeren; de woordenkeus herinnert telkens aan 251 K:

„Zijn door verzekerde of zijn rechthebbende *onware* opgaven gedaan, dan is Fat. *niet* tot uitkeering *verplicht*" (F a t.).

„Het niet naleven van een terzake van eenig ongeval opgelegde verplichting, dan wel het ten aanzien daarvan verstrekken van *onware* of *onvolledige* inlichtingen, of wel het gebruik maken van *valsche* of *vervalschte* bescheiden, doen het recht op uitkeering onherroepelijk verloren gaan" (EOA).

„Alles (aangifte, verklaring van de vertraging, inlichtingen, onderzoek toelaten) op straffe van verlies van elke aanspraak op uitkeering" (ER).

„Aangiften *op andere wijze*, of *onvolledig* gedaan, *kunnen* worden beschouwd niet te zijn geschied" (IRO).

„De maatschappij behoudt zich het recht alle vergoeding te weigeren, indien de verklaringen *onjuist* of *onwaar* zijn of indien er *verzwijgingen* begaan zijn betreffende oorzaak, omstandigheden, aard, gevolgen, enz., van het ongeval" (P r e s.).

Deze sanctie op overtreding van polisvoorwaarden kan, als blijkt, dat geen belangen van den verzekeraar geschaad zijn, onevenredig zwaar zijn. Maar rechter of arbiter kunnen ook hier de toepassing in een gegeven geval ontoelaatbaar achten op

grond van goede trouw en billijkheid. (Cf. DAMVW § 10 en OAMVW, art 12,5).

Alleen bij opzettelijk verstrekken van valsche opgaven (binnen het bereik van 225 Sr, indien daaruit eenig nadeel kan ontstaan) staat de zaak anders.

ATTESTEERVERPLICHTING

Dit is geen *rechtstreeksche* maar een *indirecte* inlichtingsverplichting ex 283 K¹). Ik zou haar willen omschrijven als de verplichting van den verzekerde, als schriftelijke bewijsstukken ten aanzien van het hem overkomen letsel, een of meer verklaringen van deskundigen over te leggen²).

Geeischt worden resp. een verklaring van:

a. *den arts, die de eerste hulp verleende* — „de oorzaak, aard en gevolgen van het ongeluk daarbij aangevend” — (P r e s.);

b. *den behandelenden geneesheer*: op eigen formulier (NHAV), op verzoek zelfs wekelijks (P h i l.), bij begin en einde (B l o m a), aan het eind van elke week (N a t. O n d.);

c. „*een*” *bevoegd geneesheer* — „waarin de aard van het lichamelijk letsel wordt omschreven” — (MADB); in het algemeen „een geneeskundige *verklaring*” (EOA, N a t. O n d.), binnen 8 dagen elk door verzekeraars verlangd „geneeskundig *attest*, of eenig ander bewijs” (B l o m a).

Bij a en b moet de getroffenene toezien, dat met name aangevozen artsen hem een verklaring bezorgen; bij c is hij vrij in de keus van den attesteerenden arts.

Een dergelijke geneeskundige verklaring (zg. doktersattest) is bewijsrechtelijk een onderhandsch geschrift met het karakter van een akte (zou zij eigenlijk niet gezegeld moeten zijn?).

Het opzettelijk afgeven door den arts van een valsche schriftelijke verklaring is strafbaar gesteld bij 228 Sr, het valschelijk opmaken of vervalschen, met het oogmerk verzekeraars te misleiden, bij 229 Sr. In een civiele procedure over de aanspraken van den verzekerde op eenige prestatie van verzekeraars kan,

1) Zie voor algemeene literatuur M. J. COERT, R.M. 1915, 78, onderschrift arrest H.R. 3 April 1914, W. 9773; concl. adv. gen. LEDEBOER, H.R. 25 April 1924, N.J. 1924, 719.

2) § 182 van de Deutsche Versicherungs-Vertragsgesetz onderscheidt behalve „Pflicht zur *Anzeige* des Versicherungsfalls”, een „Pflicht zur *Auskunft*”, en „zur *Beschaffung* von *Belegen*”.

met betrekking tot de overlegde geneeskundige verklaring, het valscheidsincident, bedoeld in 176 sub 2 en 3 Rv. opkomen.

MEDISCH-ETHISCHE EN JURIDISCHE BEZWAREN

Terecht worden van geneeskundige zijde ernstige bezwaren tegen de, sub *a* en *b* omschreven, attesteerverplichting geopperd: zij *verplicht* den verzekerde iets te verstrekken, waarover hij niet te beschikken heeft, nl., waartoe de medewerking van een derde, die geen partij bij de overeenkomst is, vereischt wordt en dan nog wel een derde, die veelal meent, dat zijn beroepsgeheim ¹⁾ hem dit verbiedt ²⁾. Onverminderd het feit, dat de behandelende arts ten opzichte van zijn patiënt, wiens uitkeeringsbegeerte hij in tal van gevallen niet gemotiveerd acht, in een verkeerde positie gedrongen wordt, wanneer hij niet bereid is een „Gefälligkeitsattest” af te geven.

De patiënt, die weet, dat de eene dokter wel en de andere arts niet bereid is „verklaringen ad libitum” af te geven, zal geneigd zijn zich ook met de behandeling tot een minder scrupuleuzen arts te wenden, zoodat het attestenstelsel gemakkelijk ontaardt tot een vorm van oneerlijke concurrentie.

In de polissen van verschillende maatschappijen ontbreekt een attesteerverplichtingsclausule sedert langer of korter tijd ³⁾.

Verschiedende plaatselijke bindende verbodsbepalingen om dergelijke verklaringen af te geven, die ter zake in enkele afdelingen

1) Ik kan hier niet treden in de verhouding tusschen *beroepseed* (als bedoeld in art. 21 van de wet van 25 Dec. 1878, Stbl. 222), *beroepsgeheim* (sanctie: 272 Sr.), en *verschooningsrecht* (218 Sr.; BW. 1946, sub 3), en laat ook de vraag onbesproken in hoeverre de patiënt zijn dokter zoowel van zijn beroepseed als van zijn beroepsgeheim kan ontslaan en in hoeverre verschooningsrecht getuigenisplicht zou kunnen beteekenen, indien de betrokkene dit eischt.

2) In rechte kan de arts zich natuurlijk niet op zijn beroepsgeheim of beroepseed beroepen, wanneer het geldt een verklaring, die hij aan zijn patiënt afgeeft. In feite is echter die patiënt slechts tusschenpersoon en de verklaring voor een derde — den verzekeraar — bestemd.

3) Een goed geoutilleerde maatschappij met een geneeskundige adviseur, die zich overal in den lande door middel van controleerende geneeskundigen alle gewenschte inlichtingen kan verschaffen, heeft minder behoefte aan rechtstreeksche inlichtingen van de behandelende artsen en kan volstaan met aanvullende inlichtingen bij de behandelende geneeskundigen in te winnen door bemiddeling van haar medischen adviseur of van haar controleerende geneeskundigen.

van de Maatschappij ter bevordering der geneeskunst gelden, kan men vinden in het *Artsenboekje* (59) 1934 (blz. 174), terwijl het vraagstuk van de zg. ziektebriefjes in het algemeen en „attesten aan verzekeringsmaatschappijen in het bijzonder i.e. blz. 90 ev. en 100 ev. wordt besproken ¹⁾.

„MAGTIGING” BIJ VOORBAAT VAN BEHANDELENDE ARTSEN TOT
HET VERSTREKKEN VAN INLICHTINGEN AAN DERDEN

In dit verband verdient voorts een clausule vermelding, die in sommige aanvraagformulieren als *voorwaarde voor het sluiten van de overeenkomst* en in sommige polisvoorwaarden als *grondslag dier overeenkomst* afzonderlijk voorkomt, nl. de *machtiging van den (candidaat)verzeerde aan alle artsen, die hem behandeld hebben (met of zonder de bijvoeging „of nog behandelen zullen”)* om aan den verzekeraar alle door hem verlangde inlichtingen te verstrekken.

De uitdrukking „*machtigen*” (ER, Ocean) wordt soms vervangen door „*er mede accoord gaan*” (Bloma), „*geen bezwaar hebben.*” (N. Lloyd), „*er mede instemmen*” (NEN).

Ook de inhoud van de machtiging is in zooverre verschillend, dat zij zich nu eens tot inlichtingen omtrent *doodsoorzaak en ongeval*, dan weer omtrent *tegenwoordigen en toekomstigen gezondheidstoestand* en *doorgemaakte ziekten* uitstrekt:

„Indien Fat. dit ter vaststelling van de oorzaak van eenig letsel of van den dood van den verzeerde noodig oordeelt, is de verzeerde (of zijn *rechthebbende*) verplicht op uitnoodiging van Fat. den geneeskundigen, die den verzeerde hebben behandeld of diens dood hebben geconstateerd, schriftelijk te *verzoeken*, i.e. aan Fat. alle door haar gewenschte inlichtingen te dier zake te *verstrekken*; 2e. zich eventueel in rechte niet te *verschonen* van het te dier zake geven van getuigenis” (Fat.).

„de doctoren, onder wier behandeling de verzeerde staat of vroeger gestaan heeft, gemachtigd worden, om aan de Maatschappij alle andere (dan de wekelijksche attesten) eventueel gevorderd wordende verklaringen te verstrekken en omtrent alle, den *gezondheidstoestand van den verzeerde* betreffende beschouwingen te verstrekken” (RP).

„. . . . medici, die den verzeerde vroeger behandeld of onder-

1) De weigeringsverplichting der artsen, die lid zijn der genoemde beroepsorganisatie, maakt deel uit van hun lidmaatschapscontract, waarin ook een sanctie op niet nakoming dier verplichtingen is opgenomen (boete bij wijze van bindend advies op te leggen door z.g. rechtspreekende organen).

zocht hebben, te machtigen den verzekeraars desverlangd alle door hen gewenschte inlichtingen te verstrekken over zijn *vroegeren en tegenwoordigen gezondheidstoestand*" (Bloma).

Een dergelijke machtiging „bij voorbaat”¹⁾ of „ad hoc” scheidt natuurlijk evenmin een inlichtingsverplichting voor den betrokken arts als de op den verzekerde drukkende, bovenbesproken, „attesteerverplichting”.

Uit het ongeschreven „behandelingscontract” tusschen arts en patiënt kan men ook met behulp van „goede trouw”, „billijkheid” en „gebruik” (van 1374 en 1575 BW) geen „verklaringsplicht” voor den arts afleiden, terwijl ontheffing van het beroepsgeheim door den belanghebbende in strijd met het wezen van dat geheim is.

Het is een bezwaar, dat de (candidaat-) verzekerde een verplichting op zich neemt, die hij niet in haar strekking, laat staan in haar gevolgen kan overzien. Niet zonder reden hebben de artsen neiging aan de wilsovereenstemming tusschen maatschappij en verzekerde ter zake te twijfelen. Reeds op deze gronden verdient schraping alleszins aanbeveling en dat te meer, waar de ervaring leert, dat de medisch adviseur der maatschappij die zich betrouwelijk met de desbetreffende artsen in verbinding stelt, de onmisbare inlichtingen krijgt over zaken, die hij door eigen onderzoek niet kan vaststellen.

DE VERKLARINGSPLICHT DER ARTSEN IN DE SOCIALE VERZEKERING

De „verklaringsplicht” van de behandelende geneeskundigen, althans van de, bij de rijksverzekeringsbank ingeschreven of althans eerste hulp verleende, artsen is bij de sociale ongevallenverzekering verankerd in art. 66 lid 5 OW 1921 (art. 62 lid 3 LTOW 1922):

De geneeskundige, die de eerste hulp verleende:

„vermeldt in de aangifte het *tijdstip*, waarop hij de eerste hulp

1) PINKHOF (60) meent zelfs, dat „een (candidaat)verzekerde niemand bij voorbaat kan machtigen iets omtrent hem mede te deelen, tenzij hij zelf weet, wat omtrent hem zal worden medegedeeld”. COERT (61) (i.c. blz. 3974) noemt dit een „versleten spitsvondigheid”. De machtiging houdt allermint de toekomstige verklaring in, maar beoogt uitsluitend zoo mogelijk den arts te ontheffen van zijn „nietverklarings-plicht”. PINKHOF (60) heeft niettemin gelijk, dat een dergelijke machtiging de vertrouwensverhouding tusschen arts en patiënt ontwrichten kan.

verleende, en zijn *oordeel over den tijd*, gedurende welken de getroffene vermoedelijk gedeeltelijk of geheel ongeschikt tot werken zal zijn. Hij is mede verplicht zijn *oordeel over den aard van het letsel* in de aangifte te vermelden of dat oordeel binnen 24 uur, nadat hij de eerste hulp verleend heeft, schriftelijk mede te deelen aan het bestuur der bank en in spoedeischende gevallen bovendien aan den controleerend-geneeskundige, binnen wiens ambtsgebied het ongeval heeft plaats gehad. De aangifte draagt de *onderteekening* van den geneeskundige, alsmede van den aangever".

Art. 14 van de OW 1921 bepaalt, dat de verleening van de genees- en heelkundige behandeling volgens *bij algemeenen maatregel van bestuur te stellen regelen* zal geschieden.

Art. 2 van het desbetreffende KB van 3 Sept. 1921, stbl. 1043 spreekt van deskundigen, die zich „tegen een door het bestuur der bank vastgesteld tarief en *onder de door het bestuur vastgestelde voorwaarden*” bereid verklaren de genoemde hulp te verlenen. (de zg. „ingeschreven geneeskundigen”).

Door hun inschrijving verbinden zij zich om het — geheele — aangifteformulier in te vullen „en zoo dikwijls het Bestuur der Bank dit noodig acht, betreffende ieder geval een korte schriftelijke verklaring of een uitvoerig wetenschappelijk-practisch rapport af te geven” en „aan den controleerend-geneeskundige, alsmede aan diens assistent de gewenschte inlichtingen” te verstrekken. De beperkte *publiekrechtelijke*, wettelijke, attesteerverplichting is dus met een, bij overeenkomst tusschen RVB en arts in het leven geroepen, *onbeperkte privaatrechtelijke* aangevuld.

Practisch is dus in ons land de situatie als in Duitschland: § 1543d RVO legt op den behandelenden arts kort en goed de verplichting, den drager van de verzekering inlichtingen over de behandeling en over den toestand te verstrekken. De geheele attesteerverplichting is trouwens een woekerplant van Deutsche origine: zie ook § 9 sub 6 van de DAMVW, waarin men ook de machtigingsclausule kan terugvinden (cf art. 12 OAMVW).

NOG TWEE „AKTE-UITLEVERINGS-VERPLICHTINGEN”.

I. *Akte van overlijden*: in sommige polissen wordt, bij overlijden door ongeval van den verzekerde, van rechthebbenden de overlegging geeischt van de in art. 50 en 51 BW bedoelde „akte van overlijden” ¹⁾. De NEN, spreekt van „*overlijdensacte*”, de N a t. O n d. van „*doodakte*” (idem NHAV).

In verband met het verbod van 59 BW, op de acte melding te maken van de gewelddadigheid van den dood, bewijst zij alleen de *aangifte* van overlijden en tenzij de acte valsch of vervalscht is of de identiteit twijfelachtig is, het *overlijden* zelf.

Deze acte kan de verzekeraar zich ook zelf verschaffen (openbaarheid van de betrokken registers).

Bij overlijden in het buitenland zal een en ander vooral moeilijkheden geven, als het overlijden plaats had in een land zonder behoorlijken burgerlijken stand.

Bij, met man en muis, vergaan van een schip ²⁾ zal de procedure bedoeld in art. 70 BW onvermijdelijk zijn.

II. *De polis*: bij de uitkeering van de volle verzekerde som na overlijden of bij levenslange volledige invaliditeit, wordt nog al eens inlevering gevraagd van de polis (NHAV, EOA, N a t. O n d.) en soms van de laatste premiekwitantie (N. L l o y d, MADB, RP).

Twee oogmerken kunnen daarbij voorzitten:

1. *legitimatie* ³⁾ als *rechthebbende*;
2. de *mogelijkheid van cessie of verpanding* ⁴⁾ van de rechten, uit de polis voortvloeiende. (resp. van beslag)

CONTRÔLEDULDINGSVERPLICHTING

Tot de indirecte „inlichtingsverplichtingen” ⁵⁾ behoort ook de „contrôleduldingsverplichting”. Terwijl de verzekerde bij de

1) Zie art. 60 BW voor de akte van overlijden, op te maken van een sterfgeval gedurende een zeereis en voor de bewijskracht van de afgegeven „uittreksels” art. 24 BW.

2) Zie ASSER-SCHOLTEN, Personenrecht onder „tijdperk van vermoedelijk overlijden”, en art. 62 BW.

3) Cf. „De maatschappij heeft het recht, doch is niet verplicht, de legitimatie, van hen, die aanspraak op schadevergoeding maken te onderzoeken (RP, ongeveer gelijkloidend B l o m a).

4) Cf. „Cessie of verpanding van de rechten, uit de polis voortvloeiende, is slechts geldig, zoo de maatschappij haar schriftelijk heeft goedgekeurd” (resp. „na uitdrukkelijke schriftelijke goedkeuring van de Maatschappij”) (RP; MADB).

5) Men kan het ook als „contrôlerrecht” bedongen door den verzekeraar omschrijven; Amerikaansche „Standard provision” No 8: Cf. de „the Company shall have the right and opportunity to examine the person of the insured when and so often as it may reasonably require during the pendency of claim hereunder” (M e t r o p o l i t a n).

„attesteerverplichting” *derden* in de gelegenheid moet stellen zich te overtuigen van de, tot aanspraken leidenden, situatie, moet hij bij de contrôleduldingsverplichting daartoe een, door den verzekeraar aangewezen, deskundige in staat stellen.

Men onderscheidt *leekencontrôle* — onderzoek door een niet-arts — en *geneeskundige contrôle* — onderzoek door een arts.

De „*leeken-controleur*” heeft geen recht van onderzoek aan den lijve en beperkt zich als regel tot het vaststellen of de verzekerde thuis is, zich houdt aan de voorschriften van den arts, die hem bekend zijn (bijv. op bed moet blijven, niet mag wandelen, enz.). Hij heeft recht op „*toegang*” + „*inlichtingen*”.

De *controleerend geneeskundige* heeft verdergaande *contrôle-rechten* (zie beneden), resp. de verzekerde verdergaande „*contrôle-duldingsverplichtingen*”. Zijn taak is aan den verzekeraar een deskundig rapport uit te brengen over den *toestand* (bij ongevallen: over het *letsel*) en over de *oorzaak* daarvan (bij ongevallen: *verband* tusschen ongeval en letsel, ziektecomponent), voorts over de mate van arbeidsongeschiktheid, over het vermoedelijke verloop en over den vermoedelijken afloop, resp. over de doelmatigheid van de ingestelde behandeling. Hij heeft recht op „*toegang*” + „*inlichtingen*” + „*onderzoek*”.

Soms is in de verzekeringsvoorwaarden den verzekeraar de bevoegdheid voorbehouden, den verzekerde voor dit doel op zijn kosten ter *observatie* in een ziekeninrichting te laten opnemen.

Anders als in geval van nood mag de controleerende geneesheer niet ingrijpen in de *behandeling*. En dan nog slechts met uitdrukkelijke of stilzwijgende instemming van den verzekerde ¹⁾.

1) De organisatie van deze contrôle (verhouding tusschen medisch-adviseur en directie enerzijds en door hem gekozen controleerende artsen anderzijds), de vraag of geneeskundig controleeren geneeskunst uitoefenen is (cf. art. 143 lid 2 Hooger Onderwijswet), mede in verband met de vraag of de controleerende arts een beroepsgeheim heeft, zijn plicht tot overleg met den behandelenden arts bij twijfel aan de juistheid der behandeling, (van welk overleg en de uitkomsten daarvan in zijn rapport moet blijken) zijn vraagstukken van internen aard, die buiten het kader van deze verhandeling vallen.

Over theorie en praktijk met betrekking tot wat men in ons land veelal „geneeskundige contrôle” noemt, maar voor een belangrijk deel meer behoort, tot wat de Duitschers „*Begutachtung*” (deskundige beoordeeling) noemen, bestaat een vrij uitgebreide literatuur. (zie KAUFMANN (42) 219-245, MOLINEUS (86), CLAUS (66).

De meeste polissen bevatten slechts enkele eenvoudige zg. „*contrôle-voorschriften*“:

„Den door verzekeraars aan te wijzen medicus te allen tijde *toegang en onderzoek* te veroorloven” (B l o m a = DAMVW).

„het den, door de Maatschappij gezonden personen te allen tijde mogelijk te maken, *toegang* tot den verzekerde te bekomen en de *doctoren* der Maatschappij in de gelegenheid te stellen hem te *onderzoeken*” (RP) (cf. Nat. Ond.).

„Aan den geneesheer van Fat. moet te allen tijde toegang tot den gekwetste worden verleend en aan de door dezen of Fat., *in overleg met den behandelenden geneesheer*, gegeven voorschriften, gevolgd worden gegeven” (F a t.).

„Den door verzekeraar daartoe aangewezen geneesheer gelegenheid geven het lichamelijk *letsel* te *onderzoeken*” (NEN, AMO, N. L l o y d, MADB, ENO),” ten plaatse en ten tijde, waar de verzekeraars zulks wenschen” (EOA).

„De patient is verplicht om de controleerende geneesheeren en ambtenaren der IRO te *ontvangen*. Bovendien is hij verplicht zich te *onderwerpen aan een onderzoek*, dat door den controleerenden geneesheer wordt noodig geacht, hem of den ambtenaar der IRO alle gewenschte inlichtingen omtrent het geval te geven en *zich op het spreekuur van den controleerenden geneesheer* te vervoegen, indien er geen geldige redenen zijn, die hem dit verhinderen” (IRO).

De eerste polis is de eenige, die ten onrechte aan de *contrôle-verplichting* („toegang en onderzoek”) toevoegt de verplichting:

„alle voorschriften welke hij (controleerend geneesheer) of verzekeraars ter bevordering van de genezing meenen te moeten geven stipt op te volgen” (B l o m a).

Zoodanig ingrijpen in de behandeling is ongeoorloofd en zeker buiten den behandelenden arts om.

De laatste polis is de eenige, die uitdrukkelijk voorschrijft:

„overleg van een door haar aangewezen geneeskundige met den behandelenden geneesheer” (IRO),

alvorens de directie van haar bevoegdheid, een verzekerde voor observatie of behandeling op kosten van de maatschappij in een ziekeninrichting op te nemen, mag gebruik maken.

DE GRENZEN VAN DE CONTRÔLEDULDINGSVERPLICHTING VAN DEN VERZEKERDE

De vraag waar de grens van de „onderzoekingsbevoegdheid” van den controleerenden arts ligt, is moeilijk te beantwoorden (in hoever is afnemen van gewone verbanden, van gipsverbanden

geoorloofd, is proefpunctie, aftappen van bloed voor onderzoek, enz., hem geoorloofd?)

In het algemeen behoort ook voor den contrôleerenden geneesheer het lichamelijk, geestelijk en zedelijk welzijn van den patiënt eerste richtsnoer te zijn ¹⁾. Hij moet alle onderzoek vermijden, dat de genezing zou kunnen vertragen of belemmeren. Voorts onderzoek, dat pijnlijk is of het schaamtegevoel onnoodig kwetst.

Soms zal het gewenscht zijn den behandelenden geneesheer in de gelegenheid te stellen bij het onderzoek tegenwoordig te zijn en steeds onderzoek van vrouwelijke patiënten zoo mogelijk in tegenwoordigheid van echtgenoot, ouder, vrouwelijk familielid of een verpleegster te verrichten en dat in elk geval, wanneer daarop door verzekerde of familie wordt aangedrongen.

Het stellen van een dergelijken redelijken eisch van de zijde van de verzekerde, mag nooit als weigering van onderzoek worden aangemerkt.

Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de vele, die ik op grond van ervaring zou kunnen geven. Zij zijn wellicht voldoende om den aard van de problemen, die hier ook juridisch rijzen, aan te duiden.

DE SANCTIE OP OVERTREDING VAN DE CONTRÔLEDULDINGS- VERPLICHTING

De redelijkheid van de voorschriften, door maatschappij of contrôleerend geneesheer gegeven eenerzijds en de redelijkheid van de weigerachtigheid of nalatigheid van verzekerde daaraan te voldoen anderzijds, bepaalt de bevoegdheid van den verzekeraar om de schadevergoeding (uitkeering) te weigeren.

Zowel het niet nakomen van inlichtingsverplichtingen, als het niet nakomen van „schadeverminderingsverplichtingen” worden door 283 K bedreigd met vergoeding van kosten, schaden en interesten, zoo daartoe gronden zijn. Geen sanctie zonder *schade* en geen sanctie zonder *schuld*: ziedaar de beide criteria die hier moeten worden gesteld. De verzekeraar zal — wil hij de uitkeering weigeren — moeten aantoonen, dat zijn *belang* geschonden werd, bij ontstentenis van schade zou weigeringsbevoegdheid tot onrechtmatige verrijking leiden, althans gebruikmaken van die bevoegdheid misbruik van recht zijn. (Cf. DAMVW § 10).

1) *Salus aegroti suprema lex.*

Ondertusschen kan ook in dit opzicht de polis derogeeren aan 283 K. Elke regeling, die „kosten, schade of interessen” vangt door automatisch verval van recht, doet dat. Bijv.:

„Weigert de verzekerde zonder *rechtmatigen* grond gevolg te geven aan de door de Directie voorgeschreven maatregelen, of zich aan een onderzoek te onderwerpen, of maakt hij dit feitelijk onmogelijk, dan verliest hij elk recht op uitkeering” (AMO).

Juister acht ik het stipuleeren van de bevoegdheid van den verzekeraar om onder dergelijke omstandigheden uitkeering geheel of *ten deele* te weigeren.

Voorts is het wenschelijk geschillen over de redelijkheid van de toepassing van deze bevoegdheid op korten termijn door arbitrage te beslechten of dienaangaande een bindend advies uit te lokken op de wijze als bij moeilijkheden, voortvloeiend uit de „behandelings-” en met name uit de „operatieverplichting”, zal worden besproken (zie blz. 161) ¹⁾.

Vermelding verdient in dit verband de wijze, waarop een en ander geregeld is in 53f ZW, waaraan de uitvoeringsorganen dier wet de bevoegdheid ontleenen uitkeering van ziekengeld geheel of gedeeltelijk te weigeren:

„indien de verzekerde *zonder deugdelijken grond* nalaat gevolg te geven aan een verzoek, ingevolge deze wet gedaan door (het uitvoeringsorgaan) om te *verschijnen* of *inlichtingen te verstrekken*, of indien het geneeskundig onderzoek door een door (het uitvoeringsorgaan) aangewezen geneeskundige, door *toedoen* van den verzekerde niet kan plaats hebben”.

(Zie ook de desbetreffende jurisprudentie (62) en commentaren (van BRUGGEN-SLOTEMAKER) (63).

BIJZONDERE CONTRÔLEVOORSCHRIFTEN

De uitvoeringsorganen der ziekwet plegen bovendien nog

1) Zoo is het bijv. een verzekerde van den Raad van arbeid te 's-Gravenhage in geval van ziekte verboden:

a. zijn woning in strijd met, door den controlerend geneesheer gegeven, voorschriften te verlaten;

b. misbruik te maken van sterken drank;

c. de plaats van inwoning te verlaten, zonder toestemming van den voorzitter van den RVA; enz.”

terwijl soortgelijke voorschriften van de Algemeene bedrijfsvereniging voor ziekteverzekering o.a. het verbod bevatten: „bezoeken van café's of openbare vermakelijkheden, fietsen, schaatsenrijden, dansen, het deelnemen aan wedstrijden en het beoefenen van eenigen tak van sport”.

speciale zg. „contrôlevoorschriften” te geven, die in meerdere of mindere mate de bewegingsvrijheid van den verzekerden arbeider beperken.

Als sanctie op zich niet houden aan deze voorschriften is krachtens 531g ZW weer de bevoegdheid aan het uitvoeringsorgaan toegekend de uitkeering geheel of ten deele te weigeren.

Aanduidingen van dergelijke contrôlevoorschriften vindt men in verschillende polissen:

- a. *contrôle* door ambtenaren en contrôleerende geneeskundigen van verzekeraar mogelijk maken (inclusief *lichamelijk onderzoek*);
- b. zich zoo noodig voor *observatie* in een, door de Maatschappij aan te wijzen inrichting, op haar kosten laten opnemen (wel te scheiden van de opneming ter *behandeling*);
- c. bijzondere contrôlevoorschriften.

Ten aanzien van deze laatste zij alleen vermeld de clausule:

„Het zich buitenshuis begeven tegen het voorschrift van den behandelenden geneesheer, kan alle recht op uitkeering doen vervallen. Wanneer de behandelende geneesheer voorschrijft, dat de patiënt zich buitenshuis mag begeven voor verder herstel, zal deze de Directie der IRO daarmede in kennis stellen” (IRO).

SECTIEVERPLICHTING

Een bijzonder species van het genus „inlichtingsverplichtingen” is de zg. „sectieverplichting”. Deze beoogt den verzekeraar een onderzoek naar de oorzaak van den dood van een getroffene — althans vermoedelijk getroffene — mogelijk te maken door lijkopening te verrichten.

Men kan ook van „lijkschouwingsverplichting”¹⁾ spreken; men onderscheidt „uitwendige” en „inwendige” schouwing; alleen de laatste gaat met lijkopening gepaard. Clausules:

„in- en uitwendig onderzoek” (ER, ENO, NEN),

„in- en uitwendige schouwing” (AMO, N. LLOYD, IRO),

„lijkschouwing(sectie)” (NHAV, N a t. O n d.); *obductie* (RP),

„lijkschouwing” (P r e s.), „lijkschouwingen” (B l o m a).

„den geneesheer van de maatschappij in staat te stellen de oorzaak van den dood te constateeren en tot het doen van de *te dien einde gevorderde stappen* bij de bevoegde autoriteiten” (F a t., O. Z w o l.).

1) Men kan ook van een „lijkschouwingsrecht” (bedongen door den verzekeraar) spreken; cf. de Amerikaansche „Standard provision” No. 8b: „The company shall have the right and opportunity to make an autopsy in case of death, where it is not forbidden by law” (M e t r o p o l i t a n).

De „stappen” in de laatste clausule beoogen minder verwerven van toestemming tot de *sectie* dan wel voor de, in vele gevallen onvermijdelijke, „opgraving” van het stoffelijk overschot.

In tal van polissen worden dan ook die *opgraving* en de verplichting van belanghebbenden mede te werken tot het toestemming krijgen of tot het „ongestoord plaats vinden” vermeld.

Alleen enkele polissen bevatten op gebrek aan medewerking ¹⁾ als bedoeld een sanctie:

„op verbeurte van elke aanspraak op uitkeering”, (N a t. O n d.);

„op straffe van verlies van de aanspraak op uitkeering” (AMO).

Het afhankelijk stellen van de aanspraak der rechtverkrijgenden van hun toestemming en medewerking aan iets, wat velen ten zeerste tegen de borst stuit kan voor minder bonafide verzekeringsmaatschappijen ontaarden tot een middel om van een verplichting te worden ontslagen. Dat zou zeker misbruik van recht en in strijd met de goede trouw zijn, zoodat naar het mij voorkomt, bij sectieweigering de verzekeraar slechts uitkeering mag weigeren, als hij aannemelijk kan maken, dat hij bij de sectie een redelijk belang heeft.

HET WEZEN DER SECTIEVERPLICHTING

In de overeenkomst tusschen verzekeraar en verzekerde, waarbij de rechtverkrijgenden geen partij zijn, bedingt dus de eerste een verplichting van rechtverkrijgenden. Is dat niet reeds in strijd met het „*alteri stipulari nemo potest*”?

Ziet men echter in de sectieverplichting slechts een voorwaarde, waarvan de vervulling van een derde afhankelijk is, dan krijgt de, door het ongeval geboren, prestatieverplichting van den verzekeraar een voorwaardelijk karakter.

Op zich zelf is er reeds in de gestelde verplichting een minder gewenscht element, waar bij verschillende personen en gezindten (o.a. Joden) overwegende bezwaren van moreelen en religieuzen aard tegen de lijkopening bestaan. Tegen opgraving rijzen in beginsel niet minder ernstige bezwaren.

Beide behooren zeker beperkt te worden tot gevallen, waarin daarvoor een zeer ernstige reden bestaat; dat is in casu reeds een eisch van goede trouw (1374 BW). In de praktijk maken de meeste verzekeraars een beperkt en voorzichtig gebruik van deze be-

¹⁾ Slechts voor zoover gevorderd (cf. Rtb. Groningen 1 Maart 1929, N. J. 1930, 287), zie ook H.R. 15 Febr. 1934, N. J. 1935, 983.

voegdheid. De vrij belangrijke kosten ¹⁾ dragen ook daartoe bij.

De DAMVV § 9,2 kent een sectierecht toe aan den verzekeraar. de OAMVV spreekt van „inwilliging”.

DE INHOUD VAN DE SECTIEVERPLICHTING.

Wat de inhoud der sectieverplichting betreft moet men onderscheid maken tusschen:

a. lijkopening. Daarover hebben rechthebbenden op het lijk de beschikking; voor zoover de justitie geen beslag op het lijk heeft gelegd en (of) de overledene bindende voorschriften voor zijn begrafenis heeft gegeven. De overledene kan uitdrukkelijk lijkopening hebben verboden, in strijd met letter of geest van de overeenkomst in sommige gevallen. Formeel kan curateele, executeele, resp. de aanwezigheid van minderjarige kinderen, ook nog verwickelingen geven ²⁾. Rechthebbenden op het *lijk* zijn intusschen als regel andere rechthebbenden, als die op de *uitkeering*:

„Voor lijkopening of gedeeltelijke ontleding, door of onder toezigt van een geneeskundige, waardoor de begraving binnen den na te melden termijn niet wordt verhinderd, is het *verlof des burgemeesters niet noodig*. Voor onderzoek van lijken op regterlijk gezag wordt noch dat verlof, noch de toestemming der personen, in het tweede lid van dit artikel genoemd, vereischt” (Begraafwet 1,4).

Deze slotzin is van belang, in verband met de regeling, die dat tweede lid van art. 1 der begraafwet bevat ten aanzien van „niet begraven, maar ontleden of bewaren”:

„Zoo de niet gescheiden echtgenoot, of, bij ontstentenis of niet aanwezigheid van echtgenoot, *de naaste ter plaatse van het sterfgeval aanwezige meerderjarige bloed- of aanverwanten tot den derden graad ingesloten en, ook deze niet tegenwoordig zijnde, de aanwezige meerderjarige erfgenamen of diegenen, die anderzins voor de begrafenis te zorgen hebben, verlangen of vergunnen, dat een lijk niet begraven, maar ontleed of bewaard worde, of zoo de overledene dergelijke beschik-*

1) In één polis worden evenwel kosten geheel „ten laste van dengeen, die uit de bestaande verzekering aanspraak kan doen gelden” gebracht (Nat. Ond.), in een andere voor de helft (RP), zoodat dan de finantiëele rem geheel of ten deele wegvalt.

2) Bijzondere verhoudingen treft men ook aan in de gevallen, waarin door den burgemeester schriftelijk begraving is gelast als bedoeld in art. 6 lid 2 van de begraafwet (wet van 10 April 1869, Stbl. No. 65). Het eenige lijkopeningsverbod, dat de wet voorheen kende, was dat bij pest (oude landquarantainewet, uitvoeringsbesluit).

king over zijn lijk bij uitersten wil of bij eene akte, zooals omschreven is in art. 892 van het Burgerlijk Wetboek, heeft bevolen, kan dit met *verlof van den burgemeester* geschieden" (hooger beroep op den Commissaris van de Koningin bij weigering).

Hierin ligt naar mijn meening, behalve een beschikkingsrecht van den betrokkene over zijn lijk, ook wel opgesloten, dat „verlangen of vergunnen" van lijkopening door *de genoemde personen* wel voldoende moet worden geacht en daartoe niet de toestemming van „*alle* rechthebbenden" wordt vereischt. In de praktijk plegen de verzekeraars dan ook te volstaan met een gezegelde schriftelijke verklaring, houdende toestemming van *deze* personen.

BIJZONDERE VRAGEN BIJ OPGRAVING

b. opgraving ¹⁾ heeft meer voeten in de aarde. Art. 12 van de begraafwet vereischt zoowel voor de opgraving als voor vervoer van een opgegraven lijk — behalve voor zoover een en ander op regterlijk gezag geschiedt — toestemming van den *eigenaar van het graf* én verlof van den burgemeester ²⁾ (van de gemeente, waar begraven is), terwijl als eigenaar wordt aangewezen hij, die het uitsluitend regt tot het begraven in een bepaalde grafruimte voor onbepaalden tijd heeft, waar dan weer degene, die een tijdelijk uitsluitend regt heeft, mee gelijk gesteld wordt. Ook in dit geval weer beroep op den Commissaris van de Koningin bij weigering door den burgemeester.

Waar als regel de rechthebbenden uit de *verzekering* niet samenvallen met de rechthebbenden op het *graf* (en dat plegen zelfs weer andere rechthebbenden te zijn als die op het *lijk!*) kan ook daardoor de sectieverplichting illusoir blijken.

De verzekeraar, die in strijd met art. 12 van de begraafwet een lijk mocht opgraven, maakt zich schuldig aan overtreding

1) Geen enkele polis houdt rekening met overlijden aan boord van een schip op zee of in het buitenland (zie K.B. 18 October 1869, Stbl. No. 162 tot uitvoering van art. 3 van de begraafwet), noch met de toenemende gewoonte der *lijkverbranding* (zie v. EIJK-VERSTEGEN (67) blz. 187 ev).

2) Ik zou willen pleiten voor het nooit verleenen van zoodanige toestemming zonder gunstig advies van den gemeente-arts (c.q. den directeur van den gemeentelijken geneeskundigen en gezondheidsdienst) en in geval van twijfel van den inspecteur van de volksgezondheid, welke deskundigen zich van het redelijk belang van den verzekeraar bij de sectie zouden moeten overtuigen.

van 150 Sr. (zie interpretatie v. EIJK-VERSTEGEN (67), blz. 187).

Volgens sommigen is lijkopening zonder toestemming — niet gepaard gaande met opgraving noch met „wegneming” in den zin van 150 Sr. — niet strafbaar, omdat in het algemeen een lijk geen voorwerp van civielrechtelijken eigendom is en bepalingen omtrent diefstal en beschadiging daarop dus niet van toepassing zouden zijn (zie v. EIJK-VERSTEGEN (67), blz. 187).

Ten slotte nog een vraag van practische beteekenis: hebben rechthebbenden op de uitkeering, die toestemming geven tot lijkopening, recht op afschrift of inzage van het rapport van den deskundige, met de lijkopening belast.

Deze vraag wordt actueel, als de verzekeraars afgaande op het ontvangen rapport geen verband tusschen dood en ongeval aannemen; of dien dood geen uitsluitend en rechtstreeksch gevolg van het ongeval achten en uitkeering weigeren. Veelal weigeren zij dan ook het rapport over te leggen.

Het verdient aanbeveling den rechthebbenden op het *lijk* ook recht op inzage van het rapport te geven ¹⁾, te meer, waar men hun het recht niet kan ontzeggen een geneeskundige aan te wijzen om hunnerzijds bij de sectie tegenwoordig te zijn.

Als die bevoegdheid uitdrukkelijk in de polis werd opgenomen, van die bevoegdheid meer gebruik werd gemaakt en de sectie uitsluitend pleegde te worden opgedragen aan ervaren patholoog-anatomen, liefst met ervaring op gerechtelijk geneeskundig terrein, zouden vele moeilijkheden, die zich thans telkens weer over de lijkopening en de interpretatie van de uitkomsten voordoen, voor goed een einde nemen ²⁾.

Het verdient aanbeveling, dat bovendien de medisch-adviseur van den verzekeraar, gewapend met zijn kennis van de polisvoorwaarden, bij de sectie tegenwoordig is. Bij onvoldoende

1) In RVO § 1567 is uitdrukkelijk aan de „betrokkenen” — waartoe ook de nagelaten betrekkingen behooren — het recht toegekend inzage te nemen in en afschrift van de processenverbaal van het politioneele onderzoek (waartoe dus ook het sectieverslag behoort), maar alleen zolang de stukken nog in handen van de politie zijn, die ze na afloop aan de verzekeringsorganen toezendt.

2) Zie gerechtelijk geneeskundig onderzoek: *Artsenboekje* (59), 1934, 158) Ook in Duitschland is bij herhaling gepleit voor beperking van de lijkopening tot speciale deskundigen op dit terrein (zie de literatuur bij KAUFMANN (42) II, blz. 732).

vraagstelling komt anders de deskundige patholoog-anatoom gemakkelijker tot een uitspraak, die op zijwegen leidt.

GEEN SECTIEVERPLICHTING IN DE SOCIALE VERZEKERING

De sociale verzekeringswetten kennen de sectieverplichting niet (cf art. 68 en 69 OW, 1921 en art. 64 en 65 LTOW, 1922 en de daarbij behorende uitvoeringsbesluiten, het onderzoek naar ongevallen en letsels betreffende).

Evenmin kent de RVO *formeel* de lijkopeningsplicht; maar terwijl in ons land de uitvoeringsorganen der ongevallenwetten zelf het onderzoek instellen — onverminderd hun bevoegdheid dat onderzoek te doen geschieden door een commissaris van rijks- of gemeentepolitie — is in Duitschland zoodanig onderzoek opgedragen aan een „ausserhalb der Parteien stehenden Stelle" (RVO § 1559—1567). De daarmede belaste „Ortspolizeibehörde" hebben het recht en zoo noodig de plicht lijkopening te verrichten voorzover dat noodzakelijk is: we hebben hier feitelijk met een gerechtelijk onderzoek te doen ¹⁾.

In de praktijk gaat het daar zoo, dat de uitvoeringsorganen van de sociale wetten (bedrijfsverenigingen) of de nagelaten betrekkingen het Polizeipresidium om sectie vragen en dit daaraan gevolg ²⁾ geeft. De kosten zijn voor rekening van de politie en bij een overeenkomstige regeling in Oostenrijk (§ 31) van de verzekeringsinstelling. Wanneer behandelende, of door de verzekeringsorganen reeds te voren met een onderzoek belaste, artsen een lijkopening noodig achten, vestigen zij de aandacht van de politieorganen op een en ander.

Toch schijnen de nagelaten betrekkingen de sectie daar te kunnen weigeren, wat in twijfelgevallen ten ongunste van de aanspraken op uitkeering wordt uitgelegd, anderzijds wordt een ten onrechte nagelaten lijkopening in twijfelgevallen ten gunste van de aanspraken uitgelegd (als de verzekeringsorganen schuld hebben aan deze nalatigheid).

1) Zie aantekeningen op RVO § 1564 en de beschikking van den Pruisischen minister van 3 October 1903, te vinden bij KAUFMANN (42) II, blz. 731).

2) RVO § 115 legt aan de „Ortspolizeibehörden" de plicht op op verzoek van de „Berufsgenossenschaften" ter zake in te gaan (zg. „Rechtshilfe"), zie de aantekeningen bij dit artikel.

BEHANDELINGSVERPLICHTING (ex 283 K)

Onder de „voorkomingsverplichtingen” staat in de ongevallenverzekering de „behandelingsverplichting” op den voorgrond. Zij omvat in den vorm van zeer wisselende „behandelingsclausules” de volgende elementen:

- a. *tijdig geneeskundige behandeling* invoeren,
- b. *zoolang noodig onder geneeskundige behandeling blijven*,
- c. de *geneeskundige voorschriften* opvolgen (in het algemeen nalen alles, wat de genezing vertraagt of belemmert).

Ook de nakoming van deze reeks verplichtingen wordt door goede trouw, redelijkheid en billijkheid beheerscht.

DE TIJDIGHEID VAN DE GENEESKUNDIGE BEHANDELING.

Ad a. I. tijdigheid:

- „onverwijld” (NEN, AMO, N. Lloyd, MADB, Phil).
- „onmiddellijk” (NHAV, Winterthur, O. Zwol, EOA).
- „zoo spoedig mogelijk” (Bloma, Pres).
- „zoodra mogelijk” (Fat, ER, IRO).
- „terstond” (Zürich) of „direct” (RP).

„Tijdig” verdient de voorkeur omdat:

I. de ongevalsgevolgen zich soms geruimen tijd na het ongeval openbaren en het van zelf spreekt, dat men ook redelijkerwijs geen geneeskundige hulp kan invoeren, alvorens er verschijnselen zijn, die zoodanig invoeren wettigen;

II. soms geneeskundige hulp aanvankelijk niet bereikbaar is.

Heel juist is de formuleering van art. 66 OW 1921 (idem, art. 62 LTOW 1922):

„De werkgever is verplicht te zorgen, dat *zoodra de gevolgen van dat ongeval geneeskundige hulp noodig maken, die hulp wordt ingeroepen*”.

In de ziekwet (53Id) is een bevoegdheid tot geheel of gedeeltelijk weigeren van ziekengeld opgenomen:

„indien de verzekerde niet *binnen redelijken termijn* geneeskundige hulp inroept”.

Dit komt per slot van rekening op hetzelfde neer (zie de desbetreffende jurisprudentie (6)).

Minder doelmatig is het voorschrift van de DAMVW § 9 sub 3:

„uiterlijk den vierden dag na het ongeval” (de OAMVW spreken weer van „onverwijld”).

DE DESKUNDIGHEID VAN DE BEHANDELING

2. *deskundigheid*. Mede in verband met art. 3 der wet van 1 Juni 1865, Stbl. 60, regelende de uitoefening van de geneeskunst (waarbij aan anderen als „geneeskundigen” verboden wordt in het openbaar aan te kondigen, dat zij de geneeskunst uitoefenen of een titel te voeren, die hen aan het publiek als geneeskundige aanwijst) is de aanduiding „geneeskundige”¹⁾ afdoende.

In de polissen treft men intusschen verschillende ten deele minder juiste aanduidingen aan:

„arts”²⁾ (F a t), „een geneesheer” (P r e s),
 „bevoegd”³⁾ geneeskundige” (N E N, A M O, N H A V, N. L l o y d,
 E N O, M A D B)

„desbevoegd”³⁾ geneeskundige” (W i n t e r t h u r),

„wettelijk bevoegd”³⁾ geneesheer” (I R O),

„gediplomeerd geneesheer” (Z ü r i c h),

„praktizeerend”⁴⁾ geneesheer” (O. Z w o l., R P),

„geneeskundige hulp” (E O A),

„medische hulp” (B l o m a).

1) Dat onder „geneeskundige hulp” in den zin van art. 66 OW 1921 alleen die van den arts wordt verstaan, bleek ook de meening van den minister in de M. v. A.: „. . . . hulp, niet verleend door iemand, in het bezit van het artsdiploma, en bevoegd om de practijk uit te oefenen, is niet als geneeskundige hulp te beschouwen”. Dit is ook de interpretatie van hetzelfde begrip in 531d ZW (zie de desbetreffende jurisprudentie).

2) Vergelijk art. 143 lid 1 der hooger-onderwijswet, waarin de bevoegdheid als vrucht van de hoedanigheid wordt aangeduid en het daarop gelijkluidende art. 1 van de wet van 25 December 1878, Stbl. 222, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging van de bevoegdheid van arts, enz.

3) Dat de DAMVW § 9,3 spreken van een „staatlich zugelassener Arzt (Aerztin)” is veel minder irrationeel, gezien het feit, dat in Duitschland de uitoefening van de geneeskunst vrij is (de OAMVW spreken van „approbierten Arzt”).

4) De eisch, dat de geneeskundige, die hulp verleent, „gevestigd” moet zijn, is zeker overbodig (de wet staat niet toe te practiseeren zonder vestiging). Het spraakgebruik echter verstaat onder „practiseerend arts” — in tegenstelling tot den specialist — den huispractijk verrichtenden „medicus practicus”: natuurlijk heeft het geen zin specialisten van diverse pluiimage (met name chirurgen) buiten te sluiten van de ongevalsbehandeling.

DE CONTINUÏTEIT VAN DE BEHANDELING

Ad b. Ook de continuïteitseisch wordt heel verschillend geformuleerd:

„*onder behandeling te blijven, totdat hij weer geheel hersteld is*”
(Bloma, ER).

„*te doen behandelen, totdat hij geheel of zoover mogelijk hersteld is*”
(NHAV, Nat. Ond.).

De tweede clausule is rationeeler. Volledig herstel kan uitgesloten zijn.

Navolgenswaardiger is hier de strekking van DAMVW § 9,3: „die ärztliche Behandlung ist *bis zum Abschluss des Heilverfahrens* regelmässig fortzusetzen”; de *regelmaticheid* is een der essentialia van de *continuïteit* en het *objective* criterium (beëindiging der kuur) geeft meer houvast dan het veelal *subjectieve* (herstel). Terecht eischen de DAMVW bovendien een „angemessene Krankenpflege”; de clausule in de OAMVW eischt kort en bondig „dauernde ärztliche Behandlung und nötige Pflege”. Alleen de Phil. kent „verpleging”.

PROFIJT TREKKEN VAN DE BEHANDELING

Ad c. De eisch, de ontvangen geneeskundige voorschriften op te volgen en de genezing redelijkerwijs te bevorderen, is eigenlijk de meest essentieele. De „vlucht en naarstigheid” van 283 K moeten bij uitstek op deze genezingbevordering gericht zijn.

„diens voorschriften *nauwkeurig* op te volgen en in het algemeen datgene te doen, wat voor een spoedige genezing bevorderlijk is en na te laten wat daarvoor nadeelig is” (Fat., IRO, O. Zwol.),

„en niets verzuimt, wat het spoedig herstel zoude kunnen bevorderen” (N. Lloyd. ENO).

„en zoo goed mogelijk voor het *behoud* en het herstel van verzekerde zorggedragen” (Pres., Zürich),

„en voor zijn genezing door behoorlijke geneeskundige hulp *en verpleging* te blijven zorggedragen” (Phil.).

PASSIEVE BEHANDELING-DULDINGSVERPLICHTING

Tot zoover hadden we uitsluitend te doen met aanwijzingen van den eigen geneeskundigen vertrouwensman van *verzekerde*.

Verscheidene polissen eischen bovendien nakoming van de aanwijzingen van den geneeskundigen adviseur of contrôleerende geneeskundigen, in één woord van de geneeskundige vertrouwensmannen van den verzekeraar:

„alle voorschriften welke hij (de door de verzekeraars aan te wijzen medicus) of verzekeraars ter bevordering van de genezing meenen te moeten geven stipt op te volgen" (Bloma).

„zich te schikken naar alle maatregelen, die de Maatschappij op advies van haren geneesheer noodig acht te nemen ten einde de genezing van den verzekerde te bespoedigen en zijn toestand te verbeteren" (Winterthur).

Hier wordt de (*actieve*) „behandelingsverplichting" aangevuld met een *passieve* behandelingsduldingsplicht — als species van welk genus wij de „operatieverplichting", juister „operatieduldingsverplichting" zullen leeren kennen (zie blz. 166 e.v.).

Ook is in verschillende polissen nog de (*ziekenhuis*)behandelingsverplichting" gestipuleerd:

„Ingeval de Maatschappij opneming in een door haar aan te wijzen inrichting ziekeninrichting tot observatie of ter behandeling van den verzekerde verlangt, of eenige bijzondere behandeling voorschrijft, moet daaraan *op straffe van verbeurte van de uitkeering* gevolg worden gegeven. In dat geval worden de kosten der verpleging en behandeling door de Maatschappij betaald (N. Lloyd, zie ook MADB, ENO, RP, Nat. Ond. NEN, AMO).

Enkele polissen bevatten de, reeds door de redelijkheid veresichte, maar in de practijk allerminst overbodig blijkende, toevoeging:

„na overleg van een door haar (de directie) aangewezen geneeskundige met den behandelenden geneesheer" (IRO).

Bij deze *passieve* behandelingsduldingsverplichting hebben we ook weer met een „toestemming bij voorbaat" te doen van een strekking, die de verzekerde onmogelijk kon overzien. Hier wordt bovendien in de relatie arts-patiënt een element van onvrijheid gebracht (nog wel door finantiëel belang van een derde beheerscht), dat daaraan volkomen vreemd behoort te zijn. Bij de bespreking van de grens van het zelfbeschikkingsrecht van den verzekerde over zijn eigen lichaam (zie blz. 164) treden wij daarin nader.

SANCTIE OP SCHENDING BEHANDELINGSVERPLICHTING

Vele polissen bevatten een sanctie op schending van de „behandelingsverplichting", voor zoover die overtreding belemmering of vertraging van de genezing met zich brengt.

„Indien door nalatigheid ten deze het herstel verhinderd of vertraagd wordt zijn de gevolgen voor rekening van den verzekerde, resp. zijn rechthebbende" (Fat.).

„worden de gevolgen daarvan niet door deze verzekering gedekt” (AMO),

„behoeven de gevolgen niet voor rekening van de Mij te zijn” (IRO, idem Phil.).

Deze bijzondere bepaling derogeert dus aan de meestal opgenomen algemeene clause, dat bij niet nakoming van de verplichtingen de rechten *geheel* verloren gaan. Het is redelijk en bovendien geheel in overeenstemming met het algemeene beginsel van 283 K, dat de rechten slechts verloren gaan *naar evenredigheid van de verergering* (= de anders door verzekeraar geleden schade), die een gevolg is van schuldige nalatigheid in deze. Wij komen hier uit in de buurt van 276 K! De moeilijkheid in de praktijk is slechts het „evenredige deel” vast te stellen.

Een en ander herinnert aan de bevoegdheid der uitvoeringsorganen van de ziektewet ziekgeld geheel of ten deele te weigeren krachtens art. 53Id, wanneer de verzekerde zich niet „gedurende het geheele verloop der ziekte onder behandeling blijft stellen, of indien hij de voorschriften van den behandelenden geneeskundige niet opvolgt”, jo. 53Ie „indien de verzekerde gedurende de ongeschiktheid tot werken zich schuldig maakt aan gedragingen, waardoor zijn genezing wordt belemmerd . . .” (zie de desbetreffende jurisprudentie).

HET ZELFBESCHIKKINGSRECHT VAN DEN VERZEKERDE OVER EIGEN LICHAAM

Waar ligt de grens van het zelfbeschikkingsrecht van den verzekerde over eigen lichaam en geneeskundige behandeling? Met andere woorden: hoever strekt de „behandelingsverplichting” — zoowel de actieve als de passieve — zich uit?

Die vraag geeft in de praktijk telkens weer tot moeilijkheden aanleiding, die niet gemakkelijk op te lossen zijn.

EHRENZWEIG (58) onderstreept het „Recht an der eigenen Person”, waarin niet zonder noodzaak mag worden ingegrepen. Zoo noemt hij bijv. ziekenhuisopneming niet noodzakelijk, als de verzorging thuis voldoende is. Ook mag men van iemand, die door zijn zaken thuis niet gemist kan worden, geen tijdroovende kuur in een badplaats vergen. En niet toelating van een operatie mag men volgens hem een getroffen slechts dan verwijten, wanneer het om een ongevaarlijke ingreep gaat, waarvan de pijnlijkheid wordt gecompenseerd door „ein gesicherten Heiler-

folg," zoodat een „rücksichtlose selbstsüchtige Ausnützung der Haftung des Versicherten (Hagen II, 565)" zou moeten worden aangenomen.

Een algemeene bepaling (DAMVW, § 9, sub 5c, OAMVW art. 12 sub 2a) verankert in Duitschland¹⁾ en Oostenrijk²⁾ het „redelijkheidscriterium": „wobei den Versicherten nichts Unbilliges zugemutet werden darf", resp. „soweit ihm nicht etwas unbilliges zugemutet wird". Voor het Nederlandsche recht vormen 1374 en 1375 BW voldoende richtsnoer. Het verdient aanbeveling arbitrage of bindend advies door een deskundige commissie mogelijk te maken om geschillen over de „behandelingsverplichtingen" op bevredigender wijze te regelen, dan achteraf na weigering van uitkeering pleegt te geschieden.

Een dergelijke oplossing bevat één polis (IRO), waarbij de maatschappij bevoegd is de uitkeering te weigeren of te doen ophouden (na schriftelijke waarschuwing, indien de verzekerde bezwaren heeft tegen de voorschriften, die de directie in het belang eener goede behandeling of genezing *noodzakelijk* acht).

Tegen die beslissing kan hij binnen 3 dagen in beroep komen bij een commissie van drie artsen (één aan te wijzen door de directie, één door den verzekerde en de derde door deze beiden).

De beste tijd voor het alsnog nakomen van de, door de commissie noodzakelijk geachte „behandelingsvoorschriften" van de maatschappij is dan nog niet voorbij, en het resultaat zal veelal zijn, dat de verzekerde — indien deze ongelijk blijkt te hebben — zich van de redelijkheid van de voorschriften laat overtuigen.

Op soortgelijke wijze regelt art. 27 lid 3 en 5 OW 1921 en art. 50 LTOW 1922 de behandeling van „bezwaren van geneeskundigen aard tegen de voorschriften, welke de door het bestuur der bank (resp. de bedrijfsvereniging) aangewezen geneeskundigen *in het belang eener goede behandeling of genezing noodzakelijk* op te achten". De getroffen heeft het recht een geneeskundige op te geven, die met de overige geneeskundigen (medisch adviseur en contröleerend geneeskundige) wordt aangewezen, om de bezwaren te onderzoeken. Blijken ze ongegrond en blijft de getroffen weigeren de voorschriften na te komen, dan pas is het verzekeringsorgaan bevoegd het recht op uitkeering — van den

1) Vergelijk § 183 Deutsche Versicherungs-Vertragsgesetz.

2) Vergelijk § 60 Oostenrijksche Versicherungs-Vertragsgesetz.

datum van de uitspraak van de geneeskundige commissie af — geheel of ten deele verloren te verklaren. Op overeenkomstige wijze worden bezwaren van niet geneeskundigen aard (bijv. tegen voorgeschreven observatie of tegen de keus van een bepaalde ziekeninrichting) behandeld. § 606 RVO stelt op het „ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund" niet nakomen van dergelijke voorschriften — *wanneer daardoor de „Erwerbsfähigkeit" (niet de „Arbeitsfähigkeit") een ongunstigen invloed ondervindt* — de sanctie van *tijdelijke* geheele of gedeeltelijke weigering van schadeloosstelling¹⁾, mits de verzekerde op deze gevolgen gewezen is.

Terecht merkte het Reichsversicherungsamt in een beslissing op:

„Das gesamte Rechtsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherten muss von Treu und Glauben beherrscht sein, so dass kein Teil durch engherzigen Eigensinn die Last des anderen vergrößereren darf" (Die Berufsgenossenschaft 20,42).

En in een van de Zwitsersche Entscheidungen heet het:

„Darin findet das freie Selbstbestimmungsrecht der Verletzten über seinen Körper seine Grenze".

OPERATIEVERPLICHTING

Kan men van den verzekerde redelijkerwijs vergen, dat hij zich ter beperking van de gevolgen van het ongeval onderwerpt aan operatieve behandeling, voor zoover daaraan risico's verbonden zijn? M.a.w.: omvat de behandelingsverplichting operatie-verplichting (actief) en operatieduldingsverplichting (passief).

LINIGER (69) stelt aan een dergelijke behandeling de volgende, door deskundigen vooraf te toetsen, eischen:

1. ongevaarlijkheid (operaties onder algemeene narcose zijn *niet* ongevaarlijk);
2. onpijnlijkheid (niet met *noemenswaardige* pijn verbonden zijn);
3. doeltreffendheid (een *belangrijke verbetering* van de arbeids-geschiktheid moet met *zekerheid* worden verwacht);
4. kosteloosheid (*kosten* voor rekening van verzekeraar).

1) Deze sanctie wordt als regel alleen bij niet nagekomen operatie-verplichting toegepast als er een aanwijsbare verergering van de ongevalsevolgen van ten minste 10 % bestaat (terwijl de invaliditeit zelf daardoor tenminste 20 % bedraagt). Aan de toepassing moet een, voor beroep vatbare, beslissing ten aanzien van de verplichting tot „Operationsduldung" voorafgaan.

MAGNUS-MARTIUS (66) maakt onderscheid tusschen:

- a. operaties, die een doeltreffend en zoo volkomen mogelijk herstel van den getroffene mogelijk maken en
- b. operaties, die eerst na afsluiting van de behandeling vermindering van de invaliditeit beoogen.

In beginsel acht hij een getroffene verplicht kleine operationele ingrepen als onder *a* bedoeld (openen van etterende abscessen, verwijdering van losse beensplinters en van vreemde lichamen, enz.) toe te laten. Voor grootere operaties, met name voor afzetten van ledematen acht hij toestemming, behoudens in geval van dringende noodzaak, onmisbaar.

Wat de sub *b* bedoelde operaties betreft (latere afzetting van verstijfde vingers of enkele leden daarvan, die hinderlijk zijn, opheffing van pseudarthrosen, verwijdering van neuromen en van pijnlijke vergroeiingen) heeft sedert 1932 het Reichsversicherungsamt in verschillende gevallen de verplichting daartoe uitgesproken, mits ongevaarlijk in dien zin, dat de operatie volgens den tegenwoordigen stand van de medische wetenschap *met hooge waarschijnlijkheid geen gevaar met zich brengt. De pijnlijkheid moet niet overmatig zijn, terwijl er een „angemessene Aussicht auf Heilung“* — dus laten we zeggen: een redelijke kans op succes — zou moeten bestaan. Het moet om een vermoedelijke vermindering van de invaliditeit van ten minste 10 % gaan.

Men ziet hieruit, dat alle criteria van LINIGER (zie boven) verzwakt zijn.

Het Zwitsersche Eidg. Versicherungsamt heeft in 1920 en 1921 in een „Militärversicherungsfall“ vastgesteld:

„die Operation sei dem Versicherten dann zuzumuten, wenn sie sich als ein *erfahrungsgemäss unbedenklicher*, nicht mit Lebensgefahr verbundener Eingriff darstelle, der mit Sicherheit oder grosse Wahrscheinlichkeit völliger Heilung oder doch *erhebliche Besserung des Leidens verspreche*.“

Het verzekeringsgerecht te Zurich heeft in 1926 de eisch gesteld, dat de operatie noch bijzonder pijnlijk, noch gevaarlijk moest zijn en met zekerheid succes beloven.

LAUBER (GELPKE-SCHLATTER) (70) eischt bovendien, dat de operatie *niet tot* belangrijke verminking (erhebliche Entstellung) leidt en wijst op het feit, dat geneeskundigen plegen te weigeren van meer dan „goede kansen“ te spreken en bij voorkeur niet van zekerheid, zelfs niet van „met aan zekerheid grenzende mate van waarschijnlijkheid“ willen weten. Zijn slotsom is:

„Damit ist für den Richter, der ohne einen bestimmten Grad von Gewissheit, zu allermindestens von grösserer Wahrscheinlichkeit, die Pflicht zur Duldung eines chirurgischen Eingriffs nicht aussprechen kann, nicht viel gewonnen“.

HET WEZEN DER OPERATIEDULDINGSVERPLICHTING

De „operatieplicht“ is geen reële — laat staan voor executie vatbare — verplichting zich werkelijk aan een operatie te onderwerpen, op straffe elke aanspraak op uitkeering te verliezen. Tegen zoodanige verplichting zouden reeds onmiddellijk — overwegende juridische en medisch-ethische bezwaren rijzen. De Nederlandsche artsenwereld staat in het algemeen afwijzend tegenover ingrepen in de ongereptheid van het menschelijk lichaam zonder vrije toestemming van den betrokkene of zijn wettelijken vertegenwoordiger.

Operatieve ingrepen brengen bovendien steeds — nu eens kleiner, dan weer grooter — *kwade kansen op verwickelingen*, gevaar voor, direct of later intredende, nadeelige gevolgen, met zich, waarvoor de deskundige — ook bij juiste operatietechniek — geen verantwoordelijkheid kan aanvaarden.

Weliswaar staan daar *goede kansen op verbetering van toestand en arbeidsgeschiktheid* tegenover.

Maar we hebben hier niet met zuiver kwantitatieve begrippen te doen, die men tegen elkander zou mogen afwegen — verondersteld, dat men met eenige zekerheid beide kansen in maat of getal zou kunnen weergeven.

Kansberekening heeft slechts massale, geen individueele waarde: dengeen, die 1 goede op 10 kwade kansen of 1 kwade op 10 goede kansen heeft, laat na afloop de kans, die voor *een ander* zekerheid werd, onverschillig.

Wordt *hij* het slachtoffer, hem baat het feit, dat zoovele anderen in gelijke omstandigheden gespaard bleven, *niet*.

Bereikt *hij* zijn doel, hem deert de verongelukking van zoovele anderen in gelijke omstandigheden nauwelijks meer.

De aansprakelijkheid voor een positieve daad — een doen — is bovendien van andere orde als die voor een negatieve daad — een nalaten.

HET STANDPUNT DER SOCIALE VERZEKERING

De Zwitsersche sociale ongevallenwet 1911 geeft in art. 71 derde lid „*bei unentschuldbarer Nichtbefolgung* (der nötigen An-

ordnungen zur zweckmässigen Behandlung des Versicherten)" de verzekeringstelling de bevoegdheid „die Versicherungsleistungen für die Folgezeit" geheel of ten deele in te trekken.

LAUBER (70) meent, dat de verzekerde, die zich niet aan de operatie onderwerpt, slechts aanspraak heeft op een rente, die overeenkomt met het economisch nadeel, dat over zou blijven, wanneer de operatie had plaats gehad.

Daarentegen is de verzekeraar aansprakelijk zoowel voor de kosten als voor alle operatiegevolgen (indirecte ongevalsgevolgen).

Vroeger stonden de Duitsche sociale verzekeringsorganen en beroepsinstanties op het standpunt, dat niemand krachtens § 606 RVO verplicht was een operatie te ondergaan — onverschillig of die klein was of groot, onschuldig of gevaarlijk — en dat weigering, zich daaraan te onderwerpen, onder geen beding een vermogensrechtelijk nadeel voor den verzekerde mocht hebben. Later is men meer en meer het Zwitsersche standpunt gaan huldigen.

Sedert 1932 is het Reichsgericht echter op het gebied van de „Operationsduldung" een belangrijke stap verder gegaan, dan voorheen het Reichsversicherungsamt gewoon was: ook operaties onder narcose zouden mogen worden geëischt¹⁾. Volgens den tegenwoordigen stand der wetenschap, zou het aan de algemeene gevoelloosmaking verbonden, risico niet zoodanig zijn dat zij als „gevaarlijk" zou moeten worden bestempeld²⁾.

Vermelding verdient nog deze rechtsoverweging uit hetzelfde vonnis:

„Vloeien uit de lichamelijke gesteldheid van den getroffene geen bijzondere bedenkingen voort, dan moet men van hem ook een operatie onder narcose, die immers slechts practisch gesproken minimaal „in fast verschwindenden Masse" gevaarlijk is, in elk geval vergen, wanneer anders een gevaarlijke verergering van de kwaal met zekerheid te verwachten is en de operatie als eenig middel overblijft".

1) E.u.M., RVA, deel 34, blz. 47, geciteerd door MAGNUS-MARTIUS (68) blz. 84, zie ook E.u.M., RVA, deel 39, blz. 269 en E.u.M., RVA, deel 42, blz. 12 (geciteerd in *Reichs Gesundheitsblatt* 16 Maart 1938, blz. 200) een van de jongste uitspraken van een Rekursenaat van het RVA.

2) Tegenwoordig zou slechts 1 sterfgeval op ongeveer 3000—4000 narcosen voorkomen, waarbij de dood uitsluitend een gevolg van de narcose zelf zou zijn.

Voor zoover ultimum remedium, was operatie dus rechtsplicht. En toen stond men nog op het „zelfbepalingsrecht”, terwijl men onder het nieuwe regiem in Duitschland meent, dat

„dem einzelnen Staatsbürger Opfer zugunsten der Gesamtheit zugemutet werden können und es in viel geringerem Masse als früher zulässiger scheint, dass Unfallverletzte durch Verweigerung von nach ärztlichen Erfahrungen ungefährlichen und erfolgversprechenden Operationen die Allgemeinheit finanziell belasten”¹⁾.

MAGNUS-MARTIUS juicht deze ontwikkeling toe, maar voegt er terecht aan toe, dat de verantwoordelijkheid van den deskundige, die een rapport moet uitbrengen over de „erzwingbare Operationsduldung”, wel buitengewoon zwaar — volgens ons weinig benijdenswaardig ook — is. Hoe moeilijk is de mate van ongevaarlijkheid te beoordeelen! Hoezeer is de arts bij zijn voorstellingen (prognose) afhankelijk van toevalligheden, die zich niet met zekerheid, vaak niet met waarschijnlijkheid, laten voorzien.

Theoretisch zijn de moeilijkheden in zooverre grooter dan in de praktijk — ook daarop wijst MAGNUS-MARTIUS terecht — daar een serieus medicus, die het vertrouwen van den getroffene heeft, er bijna altijd in slaagt hem te overtuigen van de noodzakelijkheid van een bepaalde ingreep. De mededeeling, dat alle — ook onverhoopt intredende minder gunstige — gevolgen voor rekening en gevaar van de verzekeringsinstelling zijn, mist in de meeste gevallen haar overtuigende werking niet.

BRUCK () wijst er terecht op, dat men van een *verzekerde* mag verwachten, dat hij zich laat opereeren

„wenn er sich auch *ohne rechtliche Bindung* als vernünftiger Mensch unter Abwägung aller Umstände zur Vornahme der Operation entschliesst”.

Verdere literatuur: LOHMAR (71), KNOLL (72), de monografie van KÖNIG (74).

1) Zie Entsch. des Oberversicherungsamtes Dortmund, 16 Oct. 1933, Die Berufsgenossenschaft 1934, blz. 23, geciteerd door MAGNUS-MARTIUS (68) blz. 85.

2) Cf. Veröffentl. Reichsaufsichtamt 1906, 60, No. 217 en 61, No. 218; 1909, 53, No. 457; 1912, 67, No. 673; 1913, No. 740 en 1921, 42, No. 1142.

HOOFDSTUK VII

VERPLICHTINGEN VAN DEN VERZEKERAAR BIJ VOORKOMENDE SCHADEGEVALLEN

SCHADEVERGOEDING BIJ DOODELIJKEN AFLOOP

De overeengekomen „schadevergoeding” bij doodelijken afloop, pleegt een kapitaalsuitkeering te zijn:

„uitkeering van de *verzekerde som*” (Fat., IRO, MADB, O. Zwol. enz.).

„het voor deze rubriek *verzekerde maximum-bedrag*” (Bloma).

„het *volle verzekerde bedrag*” (EOA).

„uitkeering van het *verzekerde kapitaal*” (Winterthur).

„het *volle kapitaal*” (Pres.).

De extra-prestatie van de EOA: „voor begrafeniskosten een bedrag gelijk aan 30maal de voor tijdelijke invaliditeit bedongen uitkeering per dag”, herinnert aan de overeenkomstige schadevergoeding, die art. 19 OW — 1921¹⁾ aan de nagelaten betrekkingen verzekerd²⁾.

Uitgekeerd moet worden aan de „rechtverkrijgenden” uit hoofde van wettelijke of testamentaire *erfopvolging*, tenzij in de polis bepaalde personen als *bevoordeelden* zijn aangewezen.

UITSLUITING VAN DEN STAAT ALS RECHTVERKRIJGENDE

Sommige polissen sluiten „*de staat*” (Zürich), of „*de schatkist*” (Pres.) uit. Daar gelaten de verdedigbaarheid van een dergelijke clause (wordt de verzekeraar niet onrechtmatig bevoordeeld?) moet, als er een curator van de „onbeheerde nalatenschap” benoemd is, deze krachtens 1174BW de uitkeering innen en mag die *hem* — aangezien hij geen vertegenwoordiger van staat of schatkist is — niet worden geweigerd. Hij moet het geld consigneren en na verloop van 3 jaar volgens 1175 BW „slotrekening” doen aan den staat: zou de verzekeraar er dan

1) Crematiekosten worden door de RVB evenwel niet vergoed: Centrale Raad van beroep 31 Mei 1926, AB 1926, blz. 514 sanctioneerde deze beperking).

2) Ook in enkele buitenlandsche polissen terug te vinden.

in slagen den staat het eenmaal geconsigneerde weer afhandig te maken met de *condictio indebiti*?

De formule van de *Z ü r i c h* „de staat krachtens de wet als erfgenaam optredend is uitgesloten van het voordeel der verzekering” acht ik reeds daarom onjuist, omdat de staat in casu niet als „erfgenaam” optreedt: in 879 BW staat tegenover elkaar „tot de erfenis door de wet geroepen worden” en „aan den staat vervallen” en in 880 BW het van regtswege in het bezittreden van de erfgenamen en het zich, door den rechter, in het bezit doen stellen van den staat.

Een *trouvaille* is:

„Bij ontstentenis van wettige erfgenamen vergoeden de verzekeraars alleen de noodzakelijke kosten der medische behandeling en der begrafenis tot hoogstens . . .” (*B l o m a*; cf. *RP.*)

Hier wordt dus de prestatieverplichting aldus gewijzigd, dat daarvan de staat niet kan profiteeren.

Verdedigbaar is de clausule, dat „de staat nimmer als *rechtverkrijgende* zal worden beschouwd” (*N. L l o y d*), maar baat deze fictie den verzekeraar?

UITSLUITING VAN DE SCHULDEISCHERS VAN DEN BOEDEL ALS BEVOORDEELDEN

Nog een andere uitsluiting:

„de schuldeischers van de nalatenschap van den verzekerde, die geen erfgenamen zijn, zijn formeel uitgesloten van het voordeel van deze polis” (*P r e s.*)

Onder „schuldeischers van de *nalatenschap*” zullen wel bedoeld zijn die „van den *overledene*”, die krachtens 1153 BW een rechtsvordering tot afscheiding van den boedel tegen de schuldeischers van den *erfgenaam* hebben. Maar op welken grond kan de verzekeraar de tegen hem ingestelde rechtsvordering tot uitkeering van het, in den boedel vallende, bedrag bestrijden?

De clausule zou eventueel nog kunnen slaan op de mogelijkheid, in 1078 BW neergelegd, dat de beneficiaire erfgenaam zich van de betaling der schulden en lasten der nalatenschap ontslaat door den boedel aan de beschikking der schuldeischers (en legatarissen), „over te laten”. Dit komt practisch in ons land niet voor (zie *ASSER-MEYERS*, 1930, blz. 256) en heeft geen eigendoms- of rechtsovergang ten gevolge, zoodat de genoemde schuldeischers dan geen zelfstandige aanspraak op de uitkeering (kunnen)

maken, maar slechts als vereffenaars van den boedel optreden. Op welken (rechts)grond kan de verzekeraar in zoodanig geval uitkeering weigeren aan die vereffenaars?

HIESTAND (6) meent, dat men rekening moet houden met de bedoeling van den verzekerde, dat zijn „rechtverkrijgenden” indien zij de nalatenschap mochten verwerpen, toch de ongevallen-uitkeering zouden beuren. Als de levensverzekering uitkeering niet in den boedel viel, zou men zijn schuldeischer kunnen benadeelen, wat bij de ongevallenverzekering niet het geval zou zijn.

Een enkele polis kent een eigen stelsel van erfopvolging:

„Bij gebreke van een bijzondere aanwijzing zullen de volgende personen als tot schadevergoeding gerechtigden worden *beschouwd*: a. de echtgenoot(e), b. de wettige kinderen en kleinkinderen van den verzekerde, c. zijn vader en moeder, d. zijn broers en zusters, e. zijn grootouders, met uitsluiting van alle andere rechtverkrijgenden. Het recht op schadevergoeding wordt bepaald naar de hierboven genoemde volgorde in dier voege, dat de eerstgenoemde personen de volgenden uitsluiten” (Winterthur; cf. AMO).

Als „*bijzondere aanwijzing*” is niet het testament bedoeld, maar aanwijzing *in de polis*. De volgorde, waarin de verzekeraar door de wet of door het testament tot de nalatenschap geroepen als gerechtigden „beschouwt”, praedijceert echter niets ten aanzien van de definitieve verdeling van den boedel (de geheele uitkeering valt in den boedel).

De vraag of van de *verplichte uitkeering bij overlijden eenige reeds verstrekte uitkeering mag worden afgetrokken*, doet zich voor, indien binnen het jaar een door een ongeval invalide overlijdt, die uitkeering wegens tijdelijke of blijvende invaliditeit heeft gehad. Als regel wordt de uitkeering wegens *tijdelijke* invaliditeit niet van de uitkeering bij later overlijden afgetrokken en de uitkeering wegens *blijvende* invaliditeit wel. Is de uitkeering wegens blijvende invaliditeit hooger, dan behoeft het teveel betaalde niet te worden gerestitueerd (F a t., EOA).

Overlijdt een verzekerde, die blijvend invalide is door een ongeval, als gevolg van eenige, niet met het ongeval verband houdende, oorzaak dan bestaat de neiging bij sommige verzekeraars een, nog niet plaats gehad hebbende, uitkeering wegens blijvende invaliditeit te weigeren.

„De aanspraak op schadevergoeding voor blijvende invaliditeit is een zuiver persoonlijk recht, niet op de rechtverkrijgenden of erfgenamen van den verzekerde overgaande” (RP).

„Ieder recht op uitkering voor levenslange ongeschiktheid vervalt en wordt geacht nimmer te hebben bestaan, indien vóór of op de 365e dag na het ongeval als gevolg daarvan de dood intreedt, onverschillig of een verzekering voor uitkering bij overlijden al of niet is gesloten” (ER).

Ik twijfel aan de bruikbaarheid van deze constructies; zoodra de aanspraak door den verzekeraar is erkend en de uitkeering is vastgesteld, maakt zij deel uit van het bij overlijden realiseerbare vermogen van den overledene.

SCHADEVERGOEDING BIJ BLIJVENDE INVALIDITEIT

Het zwaartepunt van de particuliere ongevallenverzekering vormt het recht op uitkeering bij *blijvende* invaliditeit. Dit risico is veelal voor een hooger bedrag verzekerd, dan dat van dood ten gevolge van het ongeval.

De ongevallenverzekering fungeert dan als aanvulling van de levensverzekering en de, bij de eerste voorziene, uitkeering bij overlijden heeft slechts ten doel bij ontijdigen dood door ongeval de uitkeering van de levensverzekering te verhoogen. Wie zijn leven voldoende verzekerd of geen betrekkingen te verzorgen heeft, kan volstaan met een ongevallenverzekering, zonder uitkeering bij overlijden: dan staat die bij blijvende invaliditeit op den voorgrond.

De overeengekomen schadevergoeding bij blijvende invaliditeit, pleegt bij de particuliere verzekering een kapitaalsuitkeering te zijn („Abfindungs-quote”).

Bij de sociale verzekering (art. 80 OW-1921) komen voor „afkoop” alleen 15 % en minder invaliditeit (bij minder dan 50-jarigen *op verzoek*) in aanmerking en voorts vreemdelingen en langer dan een jaar in het buitenland verblijvenden.

LIJFRENT-UITKEERING

De, bij de sociale verzekering gebruikelijke, periodieke uitkeering in den vorm van „rente” komt bij de particuliere ook, doch bij uitzondering voor. De keus is veelal aan den verzekeraar, die zich daarbij laat leiden door de vraag of nog vermindering van invaliditeit of dood als gevolg van het ongeval is te verwachten.

Een clause in verschillende polissen (F a t, ER., N H A V, P r e s., N a t. O n d., Z ü r i c h) maakt den verzekeraar in bepaalde gevallen bevoegd de uitkeering in eens te vervangen door een overeenkomstige rente of lijfrente.

In sommige oudere polissen kwam een lijfrentetabel voor (idem in DAMVW en OAMVW); in de nieuwere wordt meestal verwezen naar de tarieven van de geallieerde levensverzekering-maatschappij (F a t. — de Nederlanden van 1845; NHAV—HAV; terwijl bij de N a t. O n d. wordt verwezen naar „een door de directie aan te wijzen algemeen gunstig bekend staande levensverzekeringsmaatschappij”).

Tijdstip van uitkeering en veranderlijkheid van de rente wisselen:

„Het recht op kapitaal- of renteuitkeering ontstaat op den dag, dat naar de meening zoowel van den rechthebbenden als van F a t. verbetering van den toestand niet meer te verwachten is en overlijden ten gevolge van het ongeval niet waarschijnlijk geacht wordt.

Telkens wanneer Fat. zulks verlangt is hij, die wegens blijvende invaliditeit rente van Fat. geniet, gehouden aan te toonen, dat de invaliditeit nog in denzelfden graad aanwezig is als op het oogenblik van de vaststelling der rente.

De door Fat. op den grondslag van blijvende invaliditeit uit te keeren rente vermindert van het oogenblik af, dat de graad van invaliditeit vermindert en wel in dezelfde verhouding” (F a t).

Onder „verbetering van den toestand” zal wel „vermindering van den graad van invaliditeit” (zie Gliedertaxe) bedoeld zijn; zoowel de waarschijnlijkheidsclausule als de eenstemmighedsclausule kan moeilijkheden geven.

Het zelfde is met den negatieven bewijslast (dat de mate van invaliditeit niet gewijzigd is) het geval. Verplichte medewerking tot elk, door de maatschappij gewenscht, onderzoek ligt meer voor de hand.

De verlagingsbevoegdheid behoort geboren te worden op het oogenblik, dat als vrucht van onderzoek wijziging van den invaliditeitsgraad vastgesteld wordt. Tegenover verlagingsbevoegdheid behoort verhoogingsverplichting bij toeneming van de mate van arbeidsongeschiktheid te staan!

Om de kans op wijziging te beperken, gaat veelal de rente niet eerder in dan een jaar (de traditioneele „366e dag”) na het ongeval (ER, NHAV), of mag de verzekeraar de vaststelling van het schadebedrag uitstellen tot een jaar na het ongeval (AMO, NHAV).

TIJDELIJKE UITKEERING VAN LIJFRENTEN

Soms is alleen tijdelijke uitkeering van rente voorzien, zoolang niet vaststaat of de invaliditeit blijvend zal zijn:

„Indien later ten genoegen van de Bank mocht blijken, dat de invaliditeit levenslang zal zijn, zoo zal alsnog de verschuldigde kapitaalsuitkeering geschieden en de reeds uitgekeerde lijfrente daarop niet in mindering worden gebracht" (NHAV, zie ook ER).

Eén polis (ER) beperkt de bevoegdheid lijfrente uit te keeren tot gevallen van twijfel.

Soms (P r e s.) kan de tijdelijke uitkeering tot 2 jaar duren; dan wordt de vergoeding voor blijvende invaliditeit vastgesteld, onder aftrek van de vergoeding wegens tijdelijke ongeschiktheid, genoten gedurende het tweede jaar.

Minder aanbevelenswaardig is de beperking:

„uitkeering wegens blijvende invaliditeit geschiedt niet zolang naar de meening van den geneeskundigen adviseur vrees bestaat voor overlijden als direct gevolg van het ongeval" (N a t. O n d.).

Deze maatschappij keert bij twijfel tijdelijk — onbeperkt — lijfrente uit, maar kort ten slotte de uitgekeerde lijfrentetermijnen geheel op de, bij blijvende invaliditeit, verschuldigde som ¹⁾.

Ook bij een andere maatschappij (Z ü r i c h) bestaat de mogelijkheid de definitieve vaststelling van de uitkeering 2 jaar uit te stellen en na afloop van de geneeskundige behandeling tot op het oogenblik, waarop die 2 jaar zijn verstreken — mits de invaliditeit tenminste 20 % bedraagt — een rente uit te keeren, die geheel in mindering komt van het definitieve kapitaal (intuschen bedraagt bij deze maatschappij die rente 10 % van de verzekerde som bij algeheele invaliditeit en bij gedeeltelijke invaliditeit een evenredig gedeelte daarvan).

De RP betaalt, als de *maatschappij* dat wenscht, de eerste drie jaar een rente van 5 % en na afloop daarvan de, alsdan verschuldigd blijkende, kapitaalsom (kennelijk zonder aftrek van de uitgekeerde rente). Ook de O. Z w o l. heeft deze regeling.

De DAMVW en OAMVW kennen een termijn van drie jaar en een voorloopige rente van 6 %, terwijl deze rente niet in mindering van de definitieve uitkeering wordt gebracht.

DE „GLIEDERTAXE"

De wijze, waarop de blijvende invaliditeit moet worden gewaardeerd, is een oude strijdvraag.

1) Dit is reeds verzekeringstechnisch onjuist: alleen voorzoover de lijfrentetermijnen de rente te boven gaan van de, in dergelijke gevallen toch geheel voor den verzekerde te reserveeren, uitkeering-in-eens wegens blijvende invaliditeit, kan hij geacht worden meer te ontvangen dan hem toekwam. Feitelijk houdt men gederfde rente af van de hoofdsom!

Er is een strooming, die de voorkeur geeft aan *volkomen „vrije taxatie”*, al zijn ook de voorstanders van dit stelsel niet geheel afkeerig van het in de polis opnemen van *enkele algemeene richtsnoeren*.

Een tweede strooming geeft de voorkeur aan *„vaste taxaties”* (een soort *„getaxeerde polis”*).

Men heeft nu eenmaal bij de ongevallenverzekering met een eigenaardige verzekering van één enkel oneigenlijk „voorwerp” te maken: het menselijk lichaam.

Een voorwerp, dat geen directe „handelswaarde” heeft, maar welks ongereptheid groote oeconomische beteekenis bezit, die bij overeenkomst tusschen partijen, zoowel voor het geheel als voor de deelen kan worden gefixeerd, zonder dat men het ondeugdelijk gebleken ezelsbruggetje van de „evenals-of-clausule” behoeft te bezigen en toch slechts bij uitzondering kans loopt, dat rechter of verzekeraar gebruik maken van 274 K.

De verschillende schademogelijkheden aan het menselijk lichaam worden in dit geval min of meer schematisch, min of meer gedetailleerd, in de polis omschreven en gewaardeerd en zoo kwam men tot het opstellen van zg. „Gliedertaxe”. Daaronder verstaat men :

„vaste maatstaven voor de beoordeeling van de blijvende arbeidsongeschiktheid of der invaliditeit, aldus, dat eens en voor altijd vaststaand een bepaald percentage voor de overeengekomen of wettelijk toelaatbare maximumrente bij verlies van een bepaald lid als schadeloosstelling betaald wordt” (MANES) (4).

VOORLOOPERS VAN DE GLIEDERTAXE

Ofschoon een historische studie van de ontwikkeling van de waardeering van bepaalde deelen van het menselijk lichaam zeer belangwekkend is, moet ik mij hier beperken tot een korte verwijzing naar waardeeringspogingen in een ver verleden.

Deze stonden *niet* in verband met het verzekeringswezen, maar met schadevergoeding bij letseltoebrengring.

In de Zeeuwsche keuren uit de 13e eeuw onderscheidt men reeds verschillende „inken” en werd de boete afhankelijk gesteld van den ernst van de „inke” (1 beeninke = 4 vleeschinken, 1 inke in den buik = 10 vleeschinken). Verschillende verminkingen werden uitdrukkelijk op onderdeelen van een man gewaardeerd: verlies van oog, hand of voet = $\frac{1}{2}$ man, verlies van een duim

= $\frac{1}{4}$ man, verlies voorste vinger = $\frac{1}{8}$ man, van de pink = $\frac{1}{16}$ man; de twee middelste vingers ieder $\frac{1}{32}$ man (keur 1290, art. 33).

Ook in verschillende Landrechten komen dergelijke taxaties voor (zie a.o. Landrecht van Drenthe, 1712 IV art. 27, 28, Ordonnantien van Frieslandt, 18 Febr. 1601 enz.).

Op blz. 13 en 14 heb ik reeds een paar voorbeelden uit de 18e eeuw van typische, nauwelijks meer primitief te noemen, Gliedertaxen, met een uitgesproken verzekeringskarakter, afgedrukt.

De meening van THORESBY (12), dat de Gliedertaxe van Amerikaansche origine en in 1866 voor het eerst bij de Accident Insurance comp. ingevoerd zou zijn, is m.i. echter onhoudbaar. Want de Thuringia kende in haar Reglement van 1853 § 8 reeds de volgende, behoorlijk ontwikkelde, Gliedertaxe:

verlies beide armen, of handen of voeten of volkomen blindheid op beide oogen	75 %
verlies rechter oog, rechter arm of hand	60 %
verlies linker arm, linker hand of één voet	50 %
verlies linker oog.	30 %

DE ONTWIKKELING VAN DE GLIEDERTAXE

Reeds in een vroeg stadium van de ontwikkeling der ongevalverzekering openbaarde zich een neiging tot schematisering. Men trof dan in polissen, die overigens geheel op het standpunt van de „vrije taxatie” stonden, algemeene richtsnoeren aan (HIESTAND) (6):

„*Blijvende invaliditeit* wordt aangenomen bij verlies of volkomen onbruikbaarheid van beide armen of handen, van beide beenen of voeten, resp. van één arm en één voet te samen, bij volledige blindheid of volkomen verlamming of bij tot volkomen arbeidsongeschiktheid aanleiding gevende geestesstoornis”.

„*Halve invaliditeit* wordt aangenomen bij verlies of volkomen onbruikbaarheid van één voet, één arm of één hand”.

Dit is reeds een primitieve, weinig gedifferentieerde „Gliedertaxe”. Zoodra men richtsnoeren gaat opstellen, is het met de volkomen taxatievrijheid gedaan en tusschen „bepaalde taxatievrijheid” en „primitieve Gliedertaxe” bestaat geen essentiël verschil.

Ook KAUFMANN (42) I 108 is van meening, dat de Gliedertaxen

zich ontwikkeld hebben uit dergelijke „100 %—50 %-normeeringen”. Dat blijkt overigens duidelijk bij vergelijkende studie van oude polissen:

Thuringia (1853): verdeeling in 75, 60, 50, 30.

Rhenania (1873): verdeeling in 100 en 50 %.

Zürich (1875), Winterthur (1882): 3 groepen (100, meer dan 50 en 10—25 %):

„bei bedeutender, unheilbarer bleibender Nachteil am Körper, welcher Nachteil die Erwerbsfähigkeit bleibend wesentlich vermindert, wie z.B. Totalverlust von einen oder mehreren Fingern”.

Allgemeine Deutscher Versicherungsverein Stuttgart (1885) ook drie groepen: 100 %, 50 %, 33 $\frac{1}{3}$ %.

Frankfurter Transport-, Unfall und Glasversicherungs-A.G. (1889) brengt dan de gewone, ik zou haast zeggen „moderne” Gliedertaxe met groepen 100, 60, 50, 40, 25, 15, 10 en 5 %, die men dan met kleine variaties bij Allianz (1890) en Allgemeine Unfall-Versicherungs-gesellschaft (Erste Oesterreichische) van 1892 terugvindt.

Sedert bevatten alle ongevallenpolissen van het Duitsch-Oostenrijksch-Zwitsersche „blok”, waartoe men ook ons land wel kan rekenen, dergelijke Gliedertaxe.

Minder regelmatig is de ontwikkeling in Engeland, Amerika en ook in Frankrijk geweest. De strijd liep in de eerstgenoemde landen zelfs zoo hoog, dat het ontwerp-1897 van de Zwitsersche wet op de verzekeringsovereenkomst het opnemen van een Gliedertaxe in de ongevallenpolis eenvoudig verbodde (HIESTAND) (6). In de uitvoeringsvoorschriften van de Italiaansche wet op de burgerrechtelijke aansprakelijkheid voor de gevolgen van, aan derden overkomen, ongevallen, is daarentegen een — tot op zekere hoogte dus officiële — Gliedertaxe opgenomen (HIESTAND) (6).

DE GLIEDERTAXE IN AANSPRAKELIJKHEIDS- EN SOCIALE VERZEKERING

Afgezien van het genoemde Italiaansche voorbeeld, heeft de Gliedertaxe bij de aansprakelijkheidsverzekering nauwelijks ingang gevonden. Weliswaar werd die verzekering als regel ook door dezelfde verzekeringsmaatschappijen beoefend, die bij de uitkeeringen voor dezelfde beoordeelingsmoeilijkheden stonden, maar de situatie is bij deze verzekering immers een geheel andere:

de uitkeering komt niet toe aan den *verzekerde*, die medezegenschap heeft gehad bij de formuleering van de overeenkomst, maar aan een derde, den *benadeelde*, die geen partij is geweest in het verzekeringscontract.

Hier zijn de contracteerende partijen niet vrij in hun beschikingsrecht, waar het rechten van derden geldt. Normalisatie doet zonder twijfel min of meer afbreuk aan het „evenredigheidsbeginsel”, waarvan afwijkingen door de benadeelden niet zoo gemakkelijk in hun nadeel worden geaccepteerd. Wel heeft ook bij dezen verzekeringsvorm de Gliedertaxe een zekere waarde als maatstaf voor het treffen van minnelijke regelingen.

In de Deutsche sociale verzekering is aanvankelijk nog wel op eenige schaal gebruik gemaakt van Gliedertaxen. Er bestaat zelfs een verzameling¹⁾ van dergelijke tabellen (BÄHR) (73).

Het Reichsversicherungsamt wilde echter reeds in een vroeg stadium van de invoering van de Deutsche ongevallenwetten niets weten van de, toen juist in de particuliere ongevallenverzekering tot bloei komende taxen.

Gezien de rol van het *aansprakelijkheidsbeginsel* in de sociale ongevallenverzekering, is dat niet onbegrijpelijk. Toch is de invloed van de Gliedertaxen ook in de sociale verzekering groot geweest (KAUFMANN (42) I 109).

Er zijn zelfs letsels — zooals het verlies van één oog — waarbij men ook onder de Ongevallenwet 1921, als gevolg van de ten slotte constant geworden jurisprudentie van den Centralen Raad van beroep, tot een dusdanige uniformeering de taxatie gekomen is, zoo dat individueele factoren nauwelijks meer een rol spelen²⁾.

Om de Gliedertaxen te kunnen vergelijken met de renten in de sociale verzekering, moet men niet uit het oog verliezen, dat de laatste de ongevallenschade slechts gedeeltelijk dekt (in Deutschland $\frac{2}{3}$, in ons land 70 %).

Aanvankelijk kwam men — om de sociale verzekerden niet in ongunstiger positie te brengen dan de particuliere — door om-

1) Daarin zijn afgedrukt het eidelooze schema van een officiële Oostenrijksche commissie (van 1895), de tabellen van BLASIUS, BODE, RIEDINGER, KÖNEN en de beperkte, in de Italiaansche ongevallenwet opgenomen, taxe.

2) Zie voor de zeer samengestelde verhoudingen bij de schatting van de arbeidsgeschiktheid bij verminderde gezichtsscherpte ZEEMAN, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1 Jan. 1938.

rekening van de Gliedertaxenormen tot zeer hoge invaliditeitscijfers. Later zijn de taxaties, vooral bij verdieping van inzicht in den gunstigen invloed van de „aanpassing”, tot een veel lager peil gedaald (VAN EDEN).

Zoowel bij de particuliere als bij de sociale verzekering gaat de ontwikkeling der schadewaardeering in de richting van beperking van het aantal schadegroepen. Dat komt bij de sociale neer op invoering van een gematigd Gliedertaxstelsel en bij de private op inkrimping van de lengte der taxen ¹⁾.

DE VOOR- EN NADEELEN VAN HET GLIEDERTAXESTELSEL

Zonder twijfel is het voor beide partijen een voordeel, dat zij precies weten, hoe hoog het verlies van bepaalde ledematen of functies gewaardeerd wordt.

Als het letsel op de taxe voorkomt, zijn moeilijkheden buitengesloten. Dat verklaart de aanvankelijke neiging de taxen steeds langer en gedifferentieerder te maken. De onvoldoende beroeps- en bedrijfskennis van de niet sociaal-oconomisch georiënteerde geneeskundige wereld, vele ervaren schatters niet uitgezonderd, vergroot de behoefte aan objectieve normeering.

Hoeveel ervaring van de eischen van landbouw en veeteelt is, om een voorbeeld te noemen, niet noodig om te kunnen beoordeelen, welke vingerletsels van een boer (landbouwer) juist nog wel of juist niet meer vereenigbaar zijn met geschiktheid om te melken of te zaaien, resp. om te kunnen beoordeelen, welk deel van de „jaartaak” in een bepaald geval of in een bepaalde streek dergelijke verrichtingen uitmaken.

Natuurlijk zijn de zeldzame „beroepskundigen” wel tot op zekere hoogte in staat de leemten in de deskundigheid der beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid door den medicus aan te vullen, maar in de praktijk is dit toch slechts bij uitzondering mogelijk. Zoolang het aantal, voor dergelijke invaliditeitsschattingen geschikte, beroepskundige geneeskundigen beperkt is, zal een bevredigende oplossing wel uitblijven. Wie rapporten, aan den Centralen Raad uitgebracht door bekende hoogleraren, ter zake toetst, stelt vast, dat daaruit slechts bij uitzondering blijkt, dat de steller zich voldoende rekenschap gaf van de bijzondere

1) Zoo zijn bijv. uit de Gliedertaxe van de DAMVW reeds jaren de verschillen tusschen rechts en links verdwenen!

eischen, die het beroep van den getroffene stelt (vaak wordt het beroep niet eens vermeld!)

Theoretisch gesproken, wordt aan het schadekarakter van de ongevallenverzekering des te meer afbreuk gedaan, naar mate de kans grooter is, dat eenerzijds uitkeeringen volgens de Gliedertaxe worden gegeven in gevallen, waarin feitelijk van vermindering van de arbeidsgeschiktheid geen sprake is en anderzijds de uitkeering volgens de taxe ver blijft beneden de werkelijke schade. Die kans nu is inderdaad groot. Ik laat nog in het midden, dat verschillende Gliedertaxen kleine invaliditeitspercentages kennen — van 5 % en lager — die wetenschappelijk even onvoldoende gefundeerd zijn als practisch.

Zoo vermindert het verlies van één of meer teenen slechts bij uitzondering en het verlies van een bepaalden vinger of gedeelte daarvan, alleen in bepaalde beroepen en dan nog veelal in beperkte mate, de arbeidsgeschiktheid. Onder de sociale verzekering is de homogeniteit van de massa verzekerden — én sociaal én technisch-beroepskundig en verzekeringsgeneeskundig — dan eerder voldoende om nivelleerende gemiddelden, als de Gliedertaxe wil brengen, te verdedigen, dan juist bij de particuliere.

Een bezwaar van het Gliedertaxestelsel is, dat de meeste verzekerden de verzekeringsvoorwaarden niet kennen en te laat bemerken, dat „schade” niet op bevredigende wijze door de verzekering gedekt wordt.

Dit bezwaar doet zich vooral sterk gevoelen, indien het een, niet in de taxe opgenomen, letsel betreft en de verzekeringsvoorwaarden verbieden bij de waardeering daarvan rekening te houden met het beroep van den getroffene.

Aan deze bezwaren komt men bij sommige verzekeringsmaatschappijen tegenwoordig tegemoet door:

- a. de Gliedertaxe te beperken ¹⁾,
- b. bij niet opgenomen letsels rekening te houden met het beroep,
- c. voor bijzondere beroepen speciale taxen vast te stellen (tandartsentaxe ²⁾ bij ER bijv.).

1) Cf. de zeer beperkte Gliedertaxe der moderne Amerikaansche ongevallenpolissen: 100 % (dood, volkomen blindheid, verlies beide handen of beide voeten, een hand en een voet, een hand of een voet en een oog), 50 % (verlies één hand of een voet), 33¹/₃ % (verlies één oog) (Metropolitan).

2) In hoeverre er behalve de bijzondere taxe voor tandartsen van de ER nog andere bijzondere taxen bestaan voor andere beroepen en

KLEINE RENTEN IN DE SOCIALE VERZEKERING

Renten beneden 10 % hebben geen zin (in de Zweedsche ongevallenwet is in 1916 een minimum van 10 % invaliditeit vastgelegd en bij de sociale verzekering in ons land worden nooit lagere uitkeeringen vastgesteld). De meeste deskundigen gebruiken bij lagere invaliditeitsgraden de sacramenteele woorden „niet meer in maat en getal uit te drukken”; men bevindt zich hier trouwens binnen de „foutengrens” en binnen de perken van de zg. resérvevaliditeit, die een normaal mensch *boven* de normale 100 % arbeidsgeschiktheid pleegt te bezitten.

Vele schatters moeten reeds daarom niets hebben van de „kleine renten”: liefst zou men die van 10 %, 15 en 20 en zelfs wel die van minder dan 25 % geheel geschrapt zien.

Met KAUFMANN (42) (I, III), REMIJNSE e.a. ben ik van oordeel, dat aanwezigheid (resp. hernieuwde ontwikkeling) van „reservevaliditeit” onder invloed van aanpassing in dergelijke gevallen tot beperking van de werkelijke arbeidsongeschiktheid leidt. Dergelijke kleine invaliditeiten zijn van geringer beteekenis — oeconomisch bezien — dan de last, dien zij op het beroeps- en bedrijfsleven en op de uitvoeringsorganen van de sociale verzekering leggen. LOHMAR (71) blz. 29 oordeelt hard maar juist:

„In diesen Fällen eine Rente zu gewahren heiszt nichts anderes, als ohne Not für ein grosze Zahl von Unfallversicherten die nachteiligen Erscheinungen der Rentensucht, Ubertreibung und Simulation, der unbegründeten Zurückhaltung in der Ausnutzung der Erwerbsfähigkeit und des Rentenkampfes heraufzubeschwören”.

DE GLIEDERTAXE IN DE PRAKTIJK

Het Gliedertaxestelsel wordt in Duitschland, Zwitserland, Oostenrijk en ook in Nederland, practisch gesproken, bij alle maatschappijen voor particuliere ongevallenverzekering toegepast.

Tabel II geeft een overzicht van de taxen van enkele voornamelijk Nederlandsche maatschappijen en van de \pm 1900, in de Duitsch sprekende landen geldende (HIESTAND) (6), alsmede de taxe-1936 van de DAMVW.

in hoeverre van de mogelijkheid, afwijkende taxen te bedingen, wordt gebruik gemaakt, is mij niet bekend.

TABEL II

Verloren lichaamsdeel	ER		ER-T*)		NEN		Fat.		Hiestand	DAMVV 1936
	R	L	R	L	R	L	R	L		
arm of hand	60	50	100	75	60	50	60	50	R 50-67 L 40-50	60
been of voet	50				50		50		50	50
een oog	30				25		30		25-40	30
duim	25	20	100	40	18	16	25	20	R 18-27 L 12-20	20
wijsvinger	15	12	75		14	12	15	12	R 12-17½ L 8-12	10
midden- of ringvinger	8	6	25		6		10	8	R 5-10 R 10-15	5
pink	10	8			10	8	10	7	R 10-15 L 7-10	5
grootte teen	5		*) tand- artsen polis		5		5		5-10	5
andere teen	3				3		3		3-	2
doofheid 2 ooren . .	50						40		65	60
een oor	20						10		25	15

Voorts geef ik bij wijze van voorbeelden een paar zeer uitgewerkte zg. „lindwormtaxen“: (Bloma, EOA).

DE GLIEDERTAXE VAN BLOMA

„In geval van *blijvende invaliditeit*, ontstaan als eenig en rechtstreeksch gevolg en binnen 365 dagen na den datum van een ongeval, wordt het voor deze rubriek verzekerde maximumbedrag uitgekeerd of zoodanig gedeelte daarvan als overeenkomt met den graad der invaliditeit.

Als vaste en onveranderlijke invaliditeitsgraden worden aangenomen:	
bij verlies van beide armen of beide handen of alle (10) vingers	100 %
bij verlies van beide beenen of beide voeten	100 %
bij verlies van één arm (hand) en één been (voet)	100 %
bij geheel en onherstelbaar verlies van het gezichtsvermogen van beide oogen (totale blindheid)	100 %
bij zoodanig gezichtsverlies, dat met het totale gezichtsvermogen van beide oogen alleen handbewegingen worden waargenomen.	80 %
bij verlies van den rechter arm	75 %
bij verlies van den linker arm	70 %
bij verlies van den rechter onderarm <i>boven</i> ¹⁾ of in het elleboogsgewricht	70 %
bij verlies van den linker onderarm <i>boven</i> ¹⁾ of in het elleboogsgewricht	65 %

1) „*Boven*“ kan niet anders dan distaal (in de richting van de periferie = beneden) beteekenen, in casu tusschen elleboog en pols. Deze zelfde fout is ook in de polis van de EOA gemaakt en heeft vermoedelijk een Engelsch Amerikaansche origine.

bij verlies van de geheele rechter hand of alle (5) vingers . . .	60 %
bij verlies van de geheele linker hand of alle (5) vingers . . .	50 %
bij verlies van alle leden van den duim der rechter hand . . .	25 %
bij verlies van alle leden van den duim der linker hand . . .	20 %
bij verlies van één lid van den duim der rechter hand . . .	12 $\frac{1}{2}$ %
bij verlies van één lid van den duim der linker hand . . .	10 %
bij verlies van alle leden van den wijsvinger der rechterhand . . .	12 $\frac{1}{2}$ %
bij verlies van alle leden van den wijsvinger der linker hand . . .	10 %
bij verlies van het 2e en 3e lid van een wijsvinger	5 %
bij verlies van alle leden van een der andere vingers der rechter hand	7 $\frac{1}{2}$ %
bij verlies van alle leden van een der andere vingers der linker hand	5 %
bij verlies van een been in het heupgewricht of van het bovenbeen	75 %
bij verlies van een onderbeen	50 %
bij verlies van een voet	40 %
bij amputatie van een voet naar Lisfranc	30 %
bij verlies van alle teenen	15 %
bij verlies van een grooten teen	5 %
bij verlies van meerdere teenen behalve den grooten teen	3 %
bij eenzijdig totaal verlies van het gezichtsvermogen	33 %
bij eenzijdig zoodanig verlies van het gezichtsvermogen, dat met het verminkte oog alleen handbewegingen worden waargenomen	25 %
bij totaal verlies van het gehoor	40 %
bij eenzijdig totaal verlies van het gehoor	10 %
bij volledige en ongeneeslijke verstijving of verlamming van:	
den geheelen rechter arm	60 %
den geheelen linker arm	55 %
den rechter arm in het schoudergewricht	37 $\frac{1}{2}$ %
den linker arm in het schoudergewricht	25 %
het rechter elleboogsgewricht	25 %
het linker elleboogsgewricht	20 %
het rechter handgewricht	12 $\frac{1}{2}$ %
het linker handgewricht	10 %
den geheelen rechter duim	15 %
den geheelen linker duim	10 %
het eindlid van den rechter duim	7 $\frac{1}{2}$ %
het eindlid van den linker duim	5 %
den geheelen rechter wijsvinger	7 $\frac{1}{2}$ %
den geheelen linker wijsvinger	5 %
een geheelen anderen vinger	2 $\frac{1}{2}$ %
een been in het heupgewricht	30 %
een been in het kniegewricht	15 %
een been in het voetgewricht	10 %

Bij verlies of ongeschiktheid tot gebruik van meer dan een der bovengenoemde lichaamsdeelen of zintuigen, worden de vorenstaande percen-

tages te zamen gevoegd, met dien verstande, dan nooit meer dan 100 % wordt aangenomen (B l o m a).

DE GLIEDERTAXE DER EOA

„In het geval, bedoeld in letter B van art. 1, bij blijvende geheele arbeidsongeschiktheid, waaronder verstaan wordt het verlies van beide handen, beide voeten, dan wel één hand en één voet te zamen, of ongeneselijke verstandsverbijstering, alsook het algeheel verlies van het gezichtsvermogen van beide oogen, het volle verzekerde bedrag;

bij blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, eene uitkeering berekend naar het volgens letter B verzekerde bedrag en wel met toepassing van den hierna volgende maatstaf:

- 70 pct. bij geheel verlies van den rechterarm, van af of *boven* ¹⁾ het schoudergewricht;
- 65 „ bij geheel verlies van den rechterarm, van af of *boven* ¹⁾ het elleboogsgewricht;
- 60 „ bij geheel verlies van de rechterhand, van af of *boven* ¹⁾ het polsgewricht;
- 30 „ bij geheel verlies van den duim van de rechterhand;
- 40 „ bij geheel verlies van duim en wijsvinger van de rechterhand;
- 20 „ bij geheel verlies van de laatste drie vingers van de rechterhand;
- 40 „ bij geheel verlies van de vier vingers van de rechterhand, terwijl de duim behouden is;
- 55 „ bij geheel verlies van de vier vingers en den duim van de rechterhand;
- 15 „ bij geheel verlies van den wijsvinger van de rechterhand;
- 10 „ bij geheel verlies van een der overige drie vingers van de rechterhand;
- 15 „ bij geheel verlies van twee der overige drie vingers van de rechterhand;
- 15 „ bij geheel verlies van de eerste kootjes der vier vingers van de rechterhand;
- 30 „ bij geheel verlies van de eerste en tweede kootjes der vier vingers van de rechterhand;
- 15 „ bij geheel verlies van het eerste kootje van den rechterduim;
- bij geheel verlies van het eerste kootje van een der vingers van de rechterhand $\frac{1}{3}$ van de uitkeering voor het verlies van den geheelen vinger;
- bij de overeenkomstige verliezen van linkerarm, -hand of -vingers $\frac{4}{5}$ van de hierboven aangegeven percentages;
- 60 pct. bij geheel verlies van een been, van af of *boven* ¹⁾ het heupgewricht;
- 50 „ bij geheel verlies van een been, van af of *boven* ¹⁾ het kniegewricht;
- 40 „ bij geheel verlies van een voet, van af of *boven* ¹⁾ het voetgewricht;
- 25 „ bij geheel verlies van de vijf teenen;
- 15 „ bij geheel verlies van vier teenen, terwijl de groote teen behouden is;

1) Zie noot 1, blz. 184.

20 pct. bij geheel verlies van den grooten teen;
 15 „ bij geheel verlies van het eerste kootje van den grooten teen;
 25 „ bij geheel verlies van het gezichtsvermogen van een oog;
 bij gedeeltelijk verlies van de hiervoren genoemde lichaamsdeelen, een naar evenredigheid mindere uitkeering, terwijl in de gevallen, hier niet genoemd, de vaststelling zal geschieden naar den graad der blijvende arbeidsongeschiktheid, met dien verstande echter, dat bij het bepalen der uitkeering, *het beroep of bedrijf van den verzekerde buiten beschouwing* blijft en algeheele opheffing van de functie van eenig lichaamsdeel met verlies wordt gelijk gesteld, terwijl reeds verloren, of voor het gebruik ongeschikt geworden lichaamsdeelen, als nog aanwezig en voor het gebruik geschikt worden aangemerkt" (EOA).

Een en ander geeft een denkbeeld van de cijferverhoudingen. Bij vergelijking van de invaliditeitscijfers bij verschillende maatschappijen voor eenzelfde letsel blijkt, hoe klein vele en hoe groot enkele andere verschillen zijn.

Sommige taxen maken verschil voor links- en rechtshandigen, de cijfers voor links en rechts moeten dan verwisseld worden (F a t., AMO, bijv.).

OBJECTIEF VERLIES- OF SUBJECTIEF BRUIKBAARHEIDS- CRITERIUM

Met verlies pleegt „algeheele onbruikbaarheid" te worden gelijkgesteld (F a t., ER spreken van „ongeneeslijke verminking, verlamming of verstijving", wat minder doeltreffend is, omdat daar de zg. „Schlottergelenke" moeilijk onder te brengen zijn, IRO spreekt van „geheele opheffing van het gebruiksvermogen", wat niet fraai, maar wel duidelijk is, en mogelijk een vertaling van „vollständiger Gebrauchsunfähigkeit" van de DAMVW).

Deze onderscheidingen zijn van beteekenis, omdat „verminking, verlamming en verstijving" *objectieve* (anatomische, physiologische) begrippen zijn, terwijl de resulterende vermindering van de bruikbaarheid een *subjectief* teleologisch begrip is, dat intusschen voor den verzekerde veel gewichtiger is dan de *objectieve* afwijking.

Moelijkheden rijzen speciaal in gevallen, waarin de verlamming en de verstijving niet *volledig* zijn, maar de onbruikbaarheid wel *volkomen* is. Billijkheid, redelijkheid en goede trouw brengen dan mede, dat onder „volledige" verlamming en verstijving" wordt verstaan „*zoodanige mate* van verlamming en verstijving als tot *volkomen onbruikbaarheid* leidt". Op deze wijze wordt dus

het subjectieve bruikbaarheids criterium geïnterpoleerd; uitdrukkelijke opneming verdient de voorkeur.

WAARDEERING BIJ GEDEELTELIJK VERLIES, RESP. ONBRUIKBAARHEID

Gedeeltelijk verlies kan *volkomen onbruikbaarheid* ten gevolge hebben, terwijl in sommige gevallen *gedeeltelijke onbruikbaarheid* van een lichaamsdeel meer *arbeidsongeschiktheid* voor den getroffenene met zich brengt dan algeheel verlies: verstijving van een vinger in ongunstigen stand geeft „hinder”, die slechts door alsnog wegnemen van dien vinger kan worden opgeheven. Het eerste bezwaar kan worden ondervangen door ook algeheele onbruikbaarheid met geheel verlies gelijk te stellen.

Het tweede bezwaar is inhaerent aan het Gliedertaxestelsel.

Bij *gedeeltelijk* verlies, ligt *evenredige vermindering* van de uitkeering voor de hand. De uitkeering moet dus echter niet evenredig zijn aan *het verloren gegane gedeelte*, noch aan de *vermindering van de bruikbaarheid* maar aan de *resulteerende arbeidsongeschiktheid*! Slechts bij uitzondering komt dit tot zijn recht.

Een sprekend voorbeeld uit de praktijk: de drie kootjes van een vinger hebben ieder hun eigen functie; verlies van één kootje kan meer dan $\frac{1}{3}$ verlies van den vinger beteekenen, verlies van twee kootjes echter minder dan $\frac{2}{3}$ verlies van den vinger.

Dat sommige verzekeringsmaatschappijen bij voorkeur naar evenredigheid van het verloren gegane gedeelte — ik zou haast zeggen volgens maat en gewicht, in cm en kg, — de schadevergoeding bepalen, ligt voor de hand (het is veel gemakkelijker, maar daarom nog niet juist).

„naar evenredigheid van het *verloren gegane gedeelte*” (F a t): „Met verlies wordt gelijkgesteld algeheele onbruikbaarheid”. (F a t.).

„evenredig aan den *omvang van de ongeschiktheid*” (ER, N. L l o y d, IRO, O. Z w o l).

„de mate van invaliditeit wordt door verzekeraar vastgesteld” (NEN).

„naar den graad der ongeschiktheid ter beoordeeling der Directie” (AMO).

„In geval van gedeeltelijk verlies of verlamming van ledematen of organen zullen de hierboven vastgestelde percentages *naar verhouding* worden verminderd, zonder echter de helft van het percentage voor algeheel verlies te mogen overschrijden.” (W i n t e r t h u r).

„bij gedeeltelijk verlies of gedeeltelijke bruikbaarheid wordt de

graad der invaliditeit vastgesteld *in verhouding van de belangrijkheid van dat gedeelte tot algeheel verlies of algeheele onbruikbaarheid*" (P r e s.).

„Bij slechts gedeeltelijk verlies . . . wordt een daarmee overeenkomend deel . . . berekend. Voor de beleediging van enkele vingerleden wordt alleen dan schadevergoeding betaald, als het geheele amputatie (afzetting) van het geheele lid betreft, en wel wordt voor het verlies van een duimlid de helft, voor het verlies van ieder ander vingerlid een derde der voor den betreffenden vinger vastgestelde schadevergoeding uitgekeerd" (R P).

Als men de lindwormtaxe van B l o m a op de keper beschouwt, blijkt, dat deze bij verlies van één lid van den duim ook de helft uitkeert van verlies voor den geheelen duim, maar voor den wijsvinger twee leden met half verlies gelijk stelt. Ook ontbreekt de evenredigheid, als men het bruikbaarheids criterium aanlegt en ook als men cm-maat of grammenweger te hulp roept.

DE STATUS QUO ANTE TRAUMA

In bijna alle polissen komt nog de clausule voor:

„Verlies van een lichaamsdeel, dat reeds tevoren onbruikbaar was, wordt niet vergoed" (F a t., cf. N E N).

„Zoodanige (reeds tevoren verminkt of gebrekkig of onbruikbaar) lichaamsdeel of orgaan wordt bij de vaststelling van de uitkeering *als nog aanwezig en bruikbaar beschouwd*" (N H A V, of „wordt geen rekening gehouden", N. L o y d, I R O, zie ook E O A).

„Een vóór het ongeluk bestaande invaliditeit wordt bij het vaststellen van de aan den verzekerde toekomstige vergoeding *in vermindering gebracht*. Hieruit volgt dus, dat het verlies van ledematen of organen, die reeds vóór het ongeluk onbruikbaar waren, geen recht op schadevergoeding geeft en dat de aandoening van ledematen of organen, die reeds vóór het ongeluk gebrekkig waren, slechts vergoed wordt op grondslag van het *verschil tusschen den toestand vóór en nà het ongeval*" (P r e s.).

„Wanneer een reeds vóór het ongeluk minderwaardig lichaamsdeel of orgaan tengevolge van het ongeluk geheel verloren gaat of nog meer in waarde vermindert, heeft de verzekerde slechts recht op zoodanig *gedeelte* der boven vastgestelde schadevergoeding als in overeenstemming is met de door het ongeluk veroorzaakte *waardevermindering van dat lichaamsdeel of orgaan*; algeheel verlies van een lichaamsdeel of orgaan, dat vóór het ongeluk reeds niet te gebruiken was, geeft geen recht op eenige schadevergoeding. Verlies van of gebrek aan ledematen of organen, vóór het ongeluk reeds bestaande, kan nimmer aanleiding geven tot een hoogere waardeering van den graad der ongeschiktheid van die ledematen of organen, welke door het ongeluk getroffen zijn" (W i n t e r t h u r).

Theoretisch wordt de schade bepaald door het *verschil* in bruikbaarheid vóór en na het ongeval. Practisch is de situatie ingewikkelder. De eenoogige, die zijn tweede oog ook nog verliest, wordt geheel blind. Verlies van een oog pleegt op 30 % invaliditeit te worden gewaardeerd, dus beteekent verlies van het tweede 70 % bijkomende invaliditeit; hij krijgt echter slechts 30 %.

Intusschen moet men dit probleem mede bezien in het licht van de onverzekerdheid van personen met bepaalde verminderingen en letsels (zie blz. 118). (Zie ook de oplossing van de DAMVV).

In de sociale *ongevallen*verzekering wordt dit stelsel niet gevolgd en is de arbeider verzekerd, zooals hij reilt en zeilt met alle inwendige en uitwendige gebreken, waarbij de schade van geval tot geval door vergelijking van de maatschappelijke bruikbaarheid voor en na het ongeval wordt geraamd.

Daarentegen kent de *ziektewet* in art. 53 Ia het uitvoeringsorgaan de bevoegdheid toe uitkeering geheel of gedeeltelijk *te weigeren* bij arbeidsongeschiktheid bij den aanvang der verzekering, terwijl iemand die „in gelijke mate arbeidsgeschikt is als bij den aanvang van de verzekering of sedert lang” niet arbeidsongeschikt wegens ziekte in den zin der wet moet worden geacht. Ook daar impliceert dus „arbeidsongeschikt wegens ziekte *worden*” wijziging (vermindering) van arbeidsgeschiktheid (SCHUURMANS STEKHOVEN) (39).

SAMENLOOP VAN GLIEDERTAXELETSELS

De meeste taxen bevatten de bepaling, dat bij samenloop van in de taxe opgenomen letsels, de percentages worden opgeteld (summatie), met deze beperking, dat:

1° in totaal nooit meer dan 100 % wordt vergoed;

2° bij meerdere letsels aan *eenzelfde lid* nooit meer dan het, voor het volledige verlies van dit *lid* aangegeven percentage wordt vergoed (zoo bij verlies van meerdere vingers nooit meer dan voor het verlies van de hand).

WAARDEERING VAN NIET IN DE TAXE GESPECIFICEERDE LETSELS

Taxatie van niet met name genoemde letsels kan geschieden door *a. interpolatie*, *b. min of meer vrije taxaatie*.

Voor zoover aan de taxe vaste normen ten grondslag liggen,

past men die ook voor niet gespecificeerde letsels toe. Voor zoover zoodanige normen plegen te ontbreken, is vrije(r) taxatie onvermijdelijk.

Een ernstig bezwaar blijft, dat aan vele taxen, in het algemeen aan het Gliedertaxestelsel, twee normatieve min deugdelijke beginselen ten grondslag liggen: uitschakeling van het subjectieve *bruikbaarheids criterium* (zie boven), en uitschakeling van het *beroep*. Meer nog dan bij de gespecificeerde letsels geeft dat moeilijkheden bij de waardeering der niet gespecificeerde.

Eigenlijk eischt het Gliedertaxestelsel meestal het schatten van een *gemiddelde* schade van een *ledepop* bij verlies of onbruikbaarheid van een bepaald lid:

„terwijl in de gevallen hier niet genoemd, de vaststelling zal geschieden naar den graad der blijvende *arbeidsongeschiktheid*, met dien verstande echter, dat bij het bepalen der uitkeering, het beroep of bedrijf van den verzekerde buiten beschouwing blijft” (EOA).

„In alle andere gevallen van levenslange gedeeltelijke *ongeschiktheid* is het percentage, met *inachtneming van bovenstaande schaal*, evenredig aan de omvang der *ongeschiktheid*. Met het beroep van den verzekerde wordt daarbij geen rekening gehouden” (ER).

„evenredig met de mate van *invaliditeit*, onafhankelijk van het beroep van verzekerde” (NHAV)

„in verhouding van hunne belangrijkheid tot die der vorenge-noemde gevallen” (P r e s).

Men zou de opmerking kunnen maken, dat de begrippen „(arbeids)ongeschiktheid” en „invaliditeit” verband met het beroep impliceren en dus een subjectieven inslag moeten hebben; voorzoover echter uitdrukkelijk is voorgeschreven geen rekening te houden met „het beroep”, hebben zij kennelijk een objectieven — niet zeer reëelen — inhoud.

Sommige polissen (NEN, AMO, MADB) geven den verzekeraar in dergelijke gevallen de volle taxatievrijheid, wat natuurlijk bij toepassing te goeder trouw en naar billijkheid, zooals 1374 en 1375 BW eischen, geen moeilijkheid behoeft te geven.

Minder gelukkig is de volgende oplossing:

„Voor de gevallen hiervoren niet met name genoemd, zal het percentage der geschiktheidsvermindering worden vastgesteld naar verhouding van den ernst der betrekkelijke gevallen, waarbij de grondregels en voorschriften van de hiervoor gaande alinea's . . . tot maatstaf zullen dienen, zonder dat rekening zal worden gehouden met het beroep van den verzekerde en *zonder dat in eenig geval het percentage 50 zal kunnen worden overschreden*” (W i n t e r t h u r).

Vooral deze slotzin is onbillijk met het oog op, niet in de taxe opgenomen, ernstige letsels.

ONTWIKKELING IN DE RICHTING VAN VRIJE TAXATIE

Nu de historische ontwikkeling van het taxestelsel gaat in de richting van beperking van den omvang der taxen, ligt het voor de hand, dat de waardeering van niet op de lijst voorkomende letsels meer en meer gaat in de *richting van vrije taxatie*, met de bevoegdheid, rekening met het *beroep* te houden:

„In alle hierboven niet genoemde gevallen . . . wordt de graad van invaliditeit bepaald op den grondslag van de door het ongeval rechtstreeks veroorzaakte geheele of gedeeltelijke *onbekwaamheid tot het uitoefenen van het in de polis genoemd beroep* of eventueel van andere beroepen voor den getroffenene openstaande in verband met zijn *geschiktheid en maatschappelijke positie*.” (F a t).

„Kan de graad der invaliditeit volgens het bovenstaande niet worden bepaald, dan wordt bij de vaststelling daarvan in aanmerking genomen, in hoeverre de verzekerde blijvend *buiten staat is in zijn levensonderhoud te voorzien* door middel van *werkzaamheden, welke met zijn krachten en bekwaamhedem overeenkomen*” (B l o m a).

Ik wil hier het moeilijke element „levensonderhoud” van de laatste clause buiten bespreking laten.

Deze voorbeelden illustreeren de wijze, waarop getracht wordt de „depreciatie van den getroffenene op de arbeidsmarkt” beter tot zijn recht te doen komen dan de andere Gliedertaxen toelaten.

Zij herinneren aan het criterium van 18 OW-1921 (cf. 22 OW-1901 en 72 IW-1913):

„arbeid, die voor zijn *krachten en bekwaamheden* is berekend, en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem *in billijkheid* kan worden opgedragen . . .”

De herkomst van beiden is niet twijfelachtig, nl. § 1255 RVO, (de eerste Deutsche invaliditeitswet dateert al van 1889).

In de Deutsche particuliere ongevallenverzekering is reeds vroeg deze RVO-definitie overgenomen (cf. de modelpolissen van de Tarifverein 1904 en 1924. Zie ook DAMVW § 11, 3 B en OAMVW, art. 15, 3e).

Slechts enkele Nederlandsche maatschappijen zijn in dit opzicht reeds zoover als de Deutsche sedert een kleine 25 jaar.

Verdere ontwikkeling in deze richting zal de uniformiteit in het taxeren onder de particuliere ongevallenverzekering ten

goede komen. De meeste geneeskundigen met ervaring op het gebied van invaliditeitstaxaties zien nl. zeker iomaal zooveel RVB-patiënten als particuliere verzekerden, zoodat reeds vanzelf de neiging bestaat bij de laatste de beproefde normen van de ongevallenwet toe te passen, te meer, waar voor de meeste geneeskundige taxateurs de poliswaarden onbekend of onduidelijk zijn.

Voor de toekomst verdient uniformering van polisvoorwaarden op dit gebied in elk opzicht aanbeveling. Tevens zullen daarvoor verschillende kennelijk onredelijke clausules vervallen en daarmee een ernstige bron van oneenigheid tusschen verzekeraar en verzekerde — in het belang van een populaire ongevalverzekering — worden opgeruimd.

De korte, eenvoudige, duidelijke en billijke regeling van de DAMVW verdient hier meer navolging dan de meer gedetailleerde regeling van OAMVW.

SCHADEVERGOEDING BIJ TIJDELIJKE INVALIDITEIT

De derde pijler der particuliere ongevallenverzekering is het recht op uitkeering bij *tijdelijke* invaliditeit. Voor de groote massa verzekerden is dit de belangrijkste: meer dan 95 % van alle ongevallen eindigen binnen 6 weken met volkomen herstel. Oeconomisch bezien wordt het kleine aantal betrekkelijk hooge uitkeeringen wegens blijvende invaliditeit verre overtroffen door het groote aantal, naar verhouding veel lagere, „uitkeeringen wegens tijdelijke invaliditeit”. In deze schadevergoeding worden de kosten aan de geneeskundige behandeling verbonden verdisconteerd geacht (zie blz. 201).

Ook verzekeringstechnisch is deze groote groep „kleine” schaden, met name uit een oogpunt van contrôle en van de oplossing van geschillen, het belangrijkste. De verzekeringsrechtelijke problemen, die hier rijzen, zijn echter van beperkter omvang en belang, dan die we bij de blijvende invaliditeit tegenkwamen. De vraag, wat onder „invaliditeit” moet worden verstaan, werd reeds beantwoord (zie blz. 63).

MAATSTAVEN VOOR DE WAARDEERING VAN TIJDELIJKE INVALIDITEIT

Terwijl het Gliedertaxestelsel veelal beroepsfactoren uitschakelt bij de waardeering van de blijvende invaliditeit, staan deze

terecht bij de beoordeeling van de mate van tijdelijke arbeidsongeschiktheid op den voorgrond.

Dit heeft kennelijk een principiëlen achtergrond. De uitkeering wegens *blijvende* invaliditeit wil niet verlies van *arbeidsgeschiedheid*, maar van het substraat daarvan, nl. van de *lichamelijke ongereptheid* compenseeren. Irrelevant is bij het Gliedertaxestelsel of werkelijk de inkomsten verminderen. De uitkeering wegens tijdelijke invaliditeit abstraheert zich van het substraat en plaatst juist de (veronderstelde) *vermindering van inkomsten* in het middelpunt en daarmee de stoornis in de continuïteit der beroepsuitoefening:

„ongeschiktheid tot het verrichten van zijn *gewone werkzaamheden*” (NEN, ER, N. L l o y d); „*bezigheden*” (P r e s).

„onbekwaamheid tot uitoefening van *het beroep van den verzekerde* (F a t.)

„ongeschiktheid tot *werken*, terwijl als basis voor de vaststelling van den graad hiervan uitsluitend het *beroep* van den verzekerde en de daarmee verbonden werkzaamheden dient” (B l o m a),

„tot werken” (A M O, M A D B); „tot werken of handelen” (R P),

„ongeschiktheid tot uitoefening van *ambt, beroep of bezigheid*” (I R O)

„tot het uitoefenen van het beroep of bedrijf, waarvoor de verzekering geldt” (E O A).

veelal met de toevoeging „ook niet als beheerder, leider of toezichthouder”, ofschoon het wel duidelijk pleegt te zijn, dat daarbij het *eigen beroep* van verzekerde maatstaf is. Slechts enkele polisvoorwaarden bevatten nog een uitdrukkelijke omschrijving van „gedeeltelijke ongeschiktheid”:

„de tijdelijke ongeschiktheid tot het verrichten van des verzekerden *gewone werkzaamheden* in vollen omvang, waardoor echter niet de waarneming wordt uitgesloten van elk gedeelte dier werkzaamheden” (E R).

„Hij wordt geacht gedeeltelijk ongeschikt te zijn, wanneer hij in staat is, om door het houden van toezicht of het geven van orders of leiding zich met zijn werkzaamheden in enig opzicht te *bemoeien*, of wanneer hij persoonlijk, zij het ook af en toe in beperkte mate, zijn werkzaamheden kan verrichten, in welk geval de uitkeering naar evenredigheid van de ongeschiktheid wordt bepaald” (P h i l.).

Niet de „*bemoeienis*” zelf, maar de *oeconomische waarde* daar-

1) Amerikaansche polissen spreken wel van „*loss of time*”, herinnerend aan het bekende „*time is money*”. De DAMVW spreekt van „*Tagegeld*”, de OAMVW van „*Tagesentschädigung*”.

van voor den betrokkene, beslist de vraag, of iemand, die als „medewerkend patroon” verzekerd nog wel eenige orders of leiding kan geven, nog dit deel van zijn in theorie overgebleven arbeidsvermogen in de praktijk productief kan maken. Dit moet van geval tot geval worden bezien.

Het schadekarakter van dit gedeelte van de ongevallenverzekering staat op den voorgrond. Dat dit echter wel eens miskend wordt blijkt o.a. uit de toevoeging in meer dan één polis, dat voor verzekerden, die *geen beroep* uitoefenen, de tijdelijke volkomen ongeschiktheid tot werken (lees: wandelen) geacht wordt te hebben opgehouden, zoodra de verzekerde — „zijn kamer” kan verlaten! (Winterthur, Pres., Zürich).

Difficile est satyram non sribere: *welke kamer* is al de meest voor de hand liggende vraag, die tot de conclusie brengt, dat het in ieder geval juister ware „kamer” door „woning” te vervangen

Hier is met het schadekarakter het evenredigheidsbeginsel zoek. Gedeeltelijk zoek is dat beginsel in sommige beperkingen van de vergoeding bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid:

„Een ongeschiktheid van minder dan 25 % komt niet in aanmerking voor een uitkeering” (AMO).

„De schadevergoeding wordt tot *de helft* teruggebracht, zoodra de verzekerde, die een beroep uitoefent, een deel zijner werkzaamheden kan hervatten” (Winterthur)

„uitkeering . . . een *vierde tot de helft*, voor zoover en zolang de geschiktheid van den verzekerde tot werken of handelen nog *aanmerkelijk* verminderd is” (RP)

„een percentsgewijze uitkeering, tot een maximum van 75 % van de volle dagelijksche uitkeering, indien de verzekerde gedeeltelijk geschikt is tot het uitoefenen van zijn beroep of bedrijf” (EOA).

Feitelijk hebben we hier te doen met een, aan de grondslagen van het Gliedertaxestelsel herinnerende, normering van de graden van tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Zij is niet geheel irrationeel.

Bij de sociale verzekering is een beperking van de uitkeering tot 70 of 80 % van de loonderving onmisbaar gebleken om de prikkel tot herkrijging van de volle arbeidsgeschiktheid en dus tot herstel van het letsel niet te laten verloren gaan en zelfs deze bleek dan in vele gevallen nog onvoldoende en door strenge controle allermint op bevredigende wijze te vervangen. Bij de particuliere verzekering kan het nuttig effect van deze beperking weer verloren gaan door de vrijheid van den verzekerde, zich een

uitkeering tot een hooger bedrag per dag te waarborgen dan met zijn werkelijke verdiensten overeenkomt.

BEPERKING VAN DEN DUUR DER SCHADEVERGOEDING

De duur van de uitkeering wegens tijdelijke ongeschiktheid pleegt aan een zeker *maximum* gebonden te zijn, ter beperking van het risico en om misbruik tegen te gaan.

Onder invloed van de concurrentie bedraagt het maximum bij vrijwel alle groote verzekeringsmaatschappijen tegenwoordig 1 jaar (de traditioneele „365 dagen”).

Deze termijn heeft het voordeel, dat in de ernstige gevallen met blijvende invaliditeit het tijdstip, waarop het recht op tijdelijke uitkeering eindigt, samenvalt met het tijdstip, waarop het recht op blijvende of voorloopig blijvende uitkeering wordt geboren, zoodat er dan een zekere continuïteit in de uitkeering kan zijn.

In de praktijk komt daarvan minder terecht als gevolg van de gebruikelijke bepaling, dat afrekening van het, wegens tijdelijke invaliditeit verschuldigde, plaats heeft na afloop van den termijn, zie blz. 203).

De termijn van één jaar houdt anderzijds verband met de beperking van de ongevalsgevolgen tot dezen termijn. Soms is deze termijn zelfs element van het ongevalsbegrip ¹⁾ (zie ER).

De *werkelijke duur* is in meer dan 95 % der gevallen veel kleiner dan het maximum.

Als binnen het jaar „*een blijvende toestand*” wordt *aangenomen*, pleegt het recht op tijdelijke uitkeering te vervallen (NHAV, N. L l o y d, O. Z w o l.), soms echter op het oogenblik, waarop „*eene blijvende uitkeering*” is „*vastgesteld*”, bij een enkele „op den dag, waarop „de verzekeraars het *bestaan van blijvende invaliditeit* hebben erkend” ²⁾ (B l o m a).

VERBAND MET BEGIN EN EINDE GENEESKUNDIGE BEHANDELING

Heel gebruikelijk is de beperking tot den *duur van de geneeskundige behandeling*. Het ontzeggen van recht op tijdelijke uit-

1) Dit kennelijk aan het Duitsche verzekeringsrecht ontleende „Jahresfrist”-element kan men ook in OW 1921 art. 73 terugvinden.

2) Voor de eischen, waaraan zoodanige *erkenning* moet voldoen, zij verwezen naar arbitraal vonnis 17 Sept. 1935 (A.R. 203).

keering in gevallen waarin geen geneeskundige behandeling heeft plaats gehad (AMO) valt geheel in deze lijn.

Als geen geneeskundige behandeling noodig is, is veelal twijfel aan het bestaan van arbeidsongeschiktheid gemotiveerd. Indien wel behandeling noodig is en deze achterwege blijft, is weigering wegens niet-nakoming van de behandelingsverplichting ¹⁾ gemotiveerd, terwijl bij afwezigheid van deskundige behandeling nakoming van de „attesteerverplichting” veelal buitengesloten is (zie blz. 144).

Als regel wordt uitgekeerd van den dag, waarop de geneeskundige hulp ingeroepen werd af (B l o m a; ER), soms van den daarop volgenden dag af (F a t., O. Z w o l. bijv.), soms van den dag na het ongeval af, mits de patiënt zich onder behandeling stelde en anders van den dag van het zich onder behandeling stellen af (NEN, NHA V, N. L l o y d bijv.) of van den daaropvolgenden dag (AMO).

Met betrekking tot de „beëindiging” van de geneeskundige behandeling worden drie verschillende standpunten ingenomen:

- a. het recht op tijdelijke uitkeering eindigt, zoodra de geneeskundige behandeling *in feite* ophoudt: de dokter en de patiënt hebben het in hun hand de „laatste visite” uit te stellen
- b. idem, wanneer de *behoefte* aan geneeskundige behandeling ophoudt (dan pleegt van „noodzakelijke” geneeskundige behandeling te worden gesproken en behoudt de verzekeringsmaatschappij zich kennelijk het recht voor die noodzakelijkheid zelf te beoordeelen);
- c. idem, zoodra een *blijvende toestand* is ingetreden, waaraan kennelijk voortgezette geneeskundige behandeling niets meer in den zin van verhooging van de arbeidsgeschiktheid kan wijzigen.

ad a: veelal wordt de bepaling toegevoegd, dat de termijn dien van de onbekwaamheid niet overschrijdt, maar de moeilijkheid is, dat de patiënt uit voortzetting van de behandeling, ontbreken van zoodanige bekwaamheid meent te mogen afleiden.

ad b: de beoordeeling van de grens der „noodzakelijkheid” is al even moeilijk als de beoordeeling van het al dan niet „onder-

1) Zie voor de behandelingsverplichting blz. 160.

1) Deze clausules houden geen rekening met die gevallen, waarin aanvankelijk geen geneeskundige behandeling bereikbaar was.

broken” zijn van de behandiling (verschillende voorwaarden spreken nl. van „ononderbroken geneeskundige behandeling” en nemen onderbreking aan, zoodra de regelmatige periodiciteit van het consulteeren van den dokter verloren gaat en de patiënt niet meer tegen een zekeren dag of op een zekeren termijn wordt terugbesteld).

ad c: hier komen we weer andere moeilijkheden tegen:

„houdt de aansprakelijkheid der verzekeraars in elk geval op, indien bij door een ongeval veroorzaakt letsel, de wond of het beschadigde lichaamsdeel *zoover als mogelijk genezen* is, ook al mocht nog eenige verminking bij den verzekerde bestaan” (B l o m a).

De bedoeling is, dat het einde van de tijdelijke uitkeering niet bepaald wordt door het oogenblik van „*volkomen herstel*” (niet in den leekenzin van het woord, maar in den medischen zin van „*restitutio ad integrum*”), maar door het oogenblik, waarop de bovenbedoelde „*blijvende toestand*” is ingetreden.

De strijdvraag is in de praktijk of dit *toestandsbegrip anatomisch* of *functioneel* moet worden geïnterpreteerd? In het eerste geval houdt het recht op uitkeering bij verlies van een lid *onmiddellijk* op en zeker zoodra *de wonde gesloten* is. In het tweede geval eerst op het oogenblik, waarop de getroffene zich aan dat verlies heeft *aangepast*.

Ik ben geneigd het „zoover als mogelijk genezen” niet aan te nemen, alvorens het aanpassingstijdperk zoover is gevorderd, dat de geneeskundige behandeling kan worden gestaakt (niet meer „noodzakelijk” is). Een bijzonder formule is nog de volgende:

„alles echter voor zoover de tijdelijke arbeidsongeschiktheid een *onafgebroken* medische behandeling *met zich brengt*” (EOA).

Afgezien van de bezwaren verbonden aan „onafgebroken” (zie boven), rijst hier de vraag: moet onder „met zich brengen” worden verstaan „*inderdaad* ten gevolge hebben” (althans gevolgd worden door zoodanige *feitelijke* behandeling) of „*noodzakelijk* maken”, nog daargelaten wie de noodzakelijkheid zal beoordeelen.

Ik zou aan de eenvoudigste formulering (zie DAMVW, § 6, I, 1) de voorkeur geven.

En eveneens het opnemen van een clause willen aanbevelen, zooals ook in de DAMVW wordt gevonden, op grond waarvan bij voortduren van de arbeidsongeschiktheid na afloop van de geneeskundige behandeling — terwijl toch nog niet van blijvende

invaliditeit kan worden gesproken — de mogelijkheid van voortgezette tijdelijke uitkeering open blijft.

Ten slotte de volgende bepaling:

„Schadevergoeding door de Maatschappij voor den duur van het oponthoud in een herstellingsoord of badplaats wordt slechts dan uitkeerd, als de Maatschappij een dergelijk verblijf van te voren schriftelijk heeft goedgekeurd. In dit geval wordt de dagelijksche uitkeering al naar den toestand van den verzekerde ten volle, ten halve of voor een vierde gedeelte betaald. Dit heeft ook betrekking op het geval, wanneer door de Maatschappij opname in een bepaalde geneesinrichting wordt voorgeschreven” (RP).

Een deel, nl. de vereischte toestemming en de beperking van de uitkeeringsmogelijkheden tot $\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{4}$, vindt men terug in art. 17 lid 2 van de OAMVW.

Tegenover het rechtstreeksche verbod, dat de contrôlevoorschriften op grond van de ziekwet plegen te bevatten, ten aanzien van verlaten van de woonplaats of verblijfplaats zonder toestemming van het verzekeringsorgaan, staat hier een indirect verbod tegen oponthoud op bepaalde plaatsen zonder goedkeuring. Het minimum van $\frac{1}{4}$ en de taxering in drie groepen ($\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{4}$) beteekent niettemin, dat bij een dergelijk verblijf — zooals het heet „voor volledig herstel” of „ter herkrijging van de door ziekte of ongeval verdwenen reservekrachten” — het uitkeeringspercentage niet langer automatisch gebonden is aan het percentage van de *werkelijke* arbeidsgeschiktheid.

De slotzin van de bovenaangehaalde bepaling geeft den verzekeraar de bevoegdheid een deel van de uitkeering in te houden, indien hij den getroffen op zijn kosten in een inrichting verpleegt. Voorzover de opnemng vrijwillig geschiedt, is dit voorbehoud niet onredelijk (vergelijk een overeenkomstig voorbehoud ten aanzien van niet-kostwinners in 49 ZW).

MAATREGELEN TEGEN „OVERVERZEKERING”

HIESTAND (6) wees er destijds op, dat het in Duitschland de „Kurquote” (kosten geneeskundige behandeling) is, die de „uitbuiters” van de ongevallenverzekering tot in het oneindige trachten te rekken. In ons land is de kans op misbruik groot, wanneer de uitkeering per dag het normale loon evenaart of overtreft.

In dezen „oeconomisch” slechten tijd, komt daar nog de werkloosheid bij: een ongeval kan aldus een bron van extra in-

komsten vormen (die veelal niet voor de „steun” wordt opgegeven). Ook komt cumulatie van wettelijke en particuliere ongevallenverzekering voor en overtreffen dan beide uitkeeringen samen niet onaanzienlijk de normale inkomsten.

De groote ongevallenverzekeringsmaatschappijen streven er dan ook naar „dat de uitkeering per dag” min of meer in overeenstemming is met het normale inkomstenpeil van den verzekerde. Verder gaan de meeste niet.

Het twijfelachtige karakter van sommenverzekering, heeft ten gevolge, dat men de wettelijke bepalingen tegen te hooge en dubbele verzekering (K 252, 253, 266, 277) voor de levens- en ongevallenverzekering meer ter zijde stelt dan redelijkerwijs verdedigbaar is en ook dan in overeenstemming is met de eischen, die de leer van „het belang” ook bij dezen verzekeringsvorm behoort te stellen om ongerechtvaardigde verrijking te voorkomen.

Bij de sociale verzekering is de zaak als volgt geregeld:

a. in de *ongevallenwetten* komt geen artikel over dubbele verzekering voor. Men meende blijkbaar, dat het voldoende was, door een bepaalde verhouding tusschen loon en uitkeering te scheppen, de kans op bevoordeeling buiten te sluiten en bovendien door regeling van den invloed van de verzekering op het burgerlijk recht (OW 1921 art. 93—95) te voorkomen, dat de actie ex 1401 ev met de aanspraken uit hoofde van de ongevallenwet meer zou cumuleeren¹⁾ dan door de beperktheid van de wettelijke uitkeering gerechtvaardigd zoude zijn.

b. art. 45 der *ziektewet* bepaalt, dat ziekingeld + loon niet hooger mag zijn dan het normale loon. Ook contractueele uitkeeringen en vergoedingen bij ziekte en ongeval komen in mindering.

Daar ongevallen buiten het bedrijf, alsmede bij de beroepsuitoefening van personen, die niet onder de ongevallenwetten vallen, recht geven op ziekingeld, is 45 ZW een zeer belangrijke rem tegen „oververzekering”.

Deze wordt uitdrukkelijk toegelaten in enkele polissen:

„Ingeval van tijdelijke onbekwaamheid . . . betaalt F a t . . . onafhankelijk van de omstandigheid, dat de verzekerde in het genot blijft van zijn salaris of inkomen . . .” (Fat.).

Daarentegen tegengegaan in de navolgende clausules:

1) Waar 284 K niet op de sociale verzekering van toepassing is, is in 95 OW en in ZW tevens uitdrukkelijk aan den risicodragers een overeenkomstige subrogatie toegekend.

„Bijaldien de verzekerde wegens enig ongeval geldelijke uitkering ontvangt krachtens de bepalingen van de ongevallenwet of van de land- en tuinbouwongevallenwet, wordt door de Phil. alleen voor tijdelijke ongeschiktheid uitgekeerd en wel een vierde (van de uitkering per dag)“ (Phil.).

De verzekerde tijdelijke uitkering per dag „mag nimmer het gemiddelde der dagelijksche verdiensten te boven gaan. Loopen ten behoeve van verzekerde *meerdere* ongevallenverzekeringen, *wettelijke verzekeringen* inbegrepen, dan mag het totale volgens *c* (uitkering per dag) verzekerde bedrag het gemiddelde der dagelijksche verdiensten niet te boven gaan. Is dit wel het geval, dan geldt deze verzekering niet voor het meerdere“. (NAT. OND.)

In Amerikaansche ongevalspolissen vindt men herhaaldelijk de clause

„no recovery or indemnity in excess of the average weekly earnings“. alsmede bij meervoudige verzekering verlaging van de uitkering naar verhouding („pro-rating“).

VERGOEDING VAN KOSTEN VOOR GENEES- EN HEELKUNDIGE BEHANDELING

Tot de „onkosten door den verzekerde gemaakt, ten einde de schade te voorkomen of te verminderen“, die volgens 283 K lid 2 ten laste van den verzekeraar zijn, behooren zonder twijfel ook die, welk bij een ongeval worden gemaakt voor genees- en heelkundige behandeling. De meeste ongevallenpolissen derogeeren echter in dit opzicht uitdrukkelijk of stilzwijgend aan 283 K. Ik meen, dat het de voorkeur verdient een en ander steeds uitdrukkelijk te regelen.

Sommige polissen beperken geheele of gedeeltelijke vergoeding voor genees- en heelkundige behandeling *tot ongevallen, die geen tijdelijke invaliditeit met zich brengen*, blijkbaar uitgaande van de veronderstelling, dat overigens in de uitkering wegens tijdelijke ongeschiktheid de kosten van geneeskundige behandeling verdisconteerd zijn.

De steeds opgenomen beperking tot de „*noodzakelijke*“ kosten (Fat., NEN, Bloma, N. Lloyd, Pres. MADB, EOA, Nat. Ond.) vloeit reeds uit de goede trouw voort.

De soms opgenomen beperking tot kosten „*der onafgebroken behandeling*“ (NEN, N. Lloyd, Pres., MADB, EOA) moet gezien worden in het licht van de beperking op deze uitkering tot den duur van de tijdelijke invaliditeit en tegen den achtergrond van de „behandelingsverplichting“ (zie blz. 160).

De *duur* is als regel beperkt tot dien termijn, waarover ten hoogste uitkeering voor tijdelijke invaliditeit kan worden genomen (365 dagen, F a t., N a t. O n d.; 52 weken B l o m a),

Veelal is ook het *bedrag per dag* beperkt tot het bedrag, dat men bij tijdelijke invaliditeit per dag zoude kunnen ontvangen (F a t., B l o m a, M A D B) of het *totale bedrag* tot het bedrag, dat men bij tijdelijke invaliditeit zoude kunnen ontvangen (N E N, N. L o y d, P r e s., E O A, N a t. O n d.). Uit de formulering blijkt niet steeds overtuigend welke dezer beide beperkingen bedoeld is.

Een eenvoudige formule is in de DAMVW te vinden.

Eén polis (N a t. O n d.) laat deze uitkeering ingaan op den dag, volgende op dien, waarop de verzekerde zich onder behandeling van een geneeskundige heeft gesteld.

De uitvoeringsorganen der ongevallenwetten *verleenen* als regel (art. 14 OW 1921, cf art. 35 LTOW 1922) als schadeloosstelling zelf onbeperkt genees- en heelkundige *behandeling*¹⁾, waaronder mede begrepen, het *verstrekken van bepaalde bij ministeriële beschikking*²⁾ aangegeven *kunstmiddelen en het onderricht in het gebruik* van die kunstmiddelen.

De uitvoeringsorganen van de ziekwet verleen geen geneeskundige behandeling (terwijl een ziekenfondswet vooralsnog ontbreekt).

Daarentegen omvat § 537 RVO zoowel de geneeskundige behandeling bij ongeval als bij ziekte. Echter verleent de RVB nog bij uitzondering geneeskundige behandeling aan niet door een ongeval getroffen en, wel krachtens art. 99 IW. (ter afwending van het gevaar voor dreigende invaliditeit³⁾).

Soortgelijke verstrekking van behandeling of verpleging komt bij de private ongevallenverzekering slechts bij uitzondering voor: Wij zagen bij de behandeling van de „behandelingsverplichtingen” (zie blz. 160), dat de verzekeraar bepaalde voorschriften, (opneming in ziekeninrichting voor observatie of voor behande-

1) De mogelijkheid is geopend daarvoor *vergoeding* te geven, volgens regelen bij algemeenen maatregel van bestuur te stellen: zie KB 3 September 1921, stbl. 1043, voor wat de OW, en KB 12 Maart 1923, stbl. 63, voor wat de LTOW betreft.

2) Zie de ministeriële beschikking van 20 Sept. 1921, ex art. 14 lid 2 OW en van 1 December 1922, ex art. 35 lid 2 LTOW. Beperkte toetsingsbevoegdheid van den administratieven rechter. pm.

3) Zie voor nadere regeling KB 22 Juni 1921, Stbl. 809.

ling, beide op kosten van den verzekeraar) kan geven en de verzekerde dan verplicht is die voorschriften op te volgen.

ERKENNING, VASTSTELLING EN BETALING VAN DE SCHADE

Alle polissen bevatten bepalingen van meer formeelen aard omtrent de wijze, waarop de binnenkomende „schadegevallen” worden behandeld en afgedaan:

I. *erkenning* van het bestaan van aanspraken impliceert, dat dood of letsel, resp. invaliditeit het gevolg zijn van een ongeval in den zin der polis en bevrijdende omstandigheden ontbreken.

Over den omvang van de betalingsverplichting, dus over het bedrag van de uitkeering kan dan nog verschil bestaan. Men moet dus vaststelling van *aanspraak* (= erkenning) onderscheiden van vaststelling van de *uitkeering* (= vaststelling).

Deze onderscheiding is van gewicht, omdat geschillen over het bestaan van aanspraak soms voor den bevoegden rechter moeten worden gebracht, terwijl geschillen over het bedrag door scheidslieden of bindend advies worden beslecht:

„Omtrent eene *aanspraak* neemt verzekeraar een beslissing zoodra hij in het bezit is van de daarvoor noodige bewijsstukken”. „Het *bedrag der uitkeering* wordt betaald, terstond nadat de *aanspraak daarop* is vastgesteld” (NEN).

„De uitbetaling der schadevergoeding geschiedt binnen 14 dagen, nadat de *verplichting* van de verzekeraars *daartoe, alsmede het bedrag*, zijn vastgesteld” (Bloma).

„Na ontvangst van de noodige bewijsstukken . . . beslist de directie *of en welke aanspraak op uitkeering* bestaat . . .

De betaling der definitief *vastgestelde uitkeering* geschiedt binnen een maand na hare vaststelling” (AMO).

„Na *erkenning* en *vaststelling* der vordering heeft de betaling zoo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen 2 weken plaats. (NHAV).

In de praktijk worden erkenning en vaststelling veelal in één adem genoemd. Gedachtenwisseling over het bedrag impliceert trouwens stilzwijgende erkenning van het bestaan van een aanspraak.

Minder scrupuleuze verzekeraars zijn echter gewend steeds „onder voorbehoud van alle rechten” van gedachten te wisselen over het bedrag, om den weg open te houden de geheele aanspraak ten slotte te ontkennen.

Duidelijke regeling is gewenscht, omdat het den zg. „reclame-termijn” soms voor beide en soms slechts voor één van beide

geldt. Bovendien is vaak de ééne beslissing veel vroeger mogelijk dan de andere beslissingen.

2. *vaststelling* van het bedrag der uitkeering moet veelal wachten tot het „schadegeval” afgelopen is. De uitkeering terzake van tijdelijke invaliditeit wordt eerst na afloop daarvan vastgesteld ¹⁾. Ook is de verzekeraar veelal bevoegd de vaststelling van de schadevergoeding wegens blijvende invaliditeit één tot drie jaar uit te stellen, indien er geen blijvende toestand is of doodelijke afloop dreigt. Bij wijze van gunst verstrekken vele verzekeraars op de uitkeering wegens tijdelijke invaliditeit in den loop der maanden een voorschot. De voorkeur verdient een recht op voorschot ten hoogste na afloop van elke maand. Bij één Maatschappij (ER) is wekelijksche uitkeering voorzien maar pleegt van de *bevoegdheid* de uitkeering uit te stellen tot na het einde der tijdelijke ongeschiktheid vrijwel steeds gebruik te worden gemaakt, wat ik niet juist acht: voor het gebruik maken van een bevoegdheid moet een bijzondere reden zijn.

Gunstiger voor den verzekerde is de clausule:

„Is de gekwetste na een maand nog niet uit de behandeling ontslagen of nog niet genezen, dan *kan* op zijn verzoek de uitkeering wegens tijdelijke onbekwaamheid aan het einde van iedere maand geschieden” (F a t).

Reclamertermijn: wie niet accoord gaat, moet als regel binnen 14 dagen na *ontvangst* van de „beslissing” (of men aanspraak heeft, resp. hoeveel men te vorderen heeft) bij *aangetekend* schrijven *bezwaar* maken, anders wordt *aangenomen*, dat men zich bij de beslissing neerlegt en daarmee onvoorwaardelijk genoegen neemt (NEN, AMO, IRO, N. L l o y d, MADB, alleen na afwijzing ENO).

Misbruik en misverstand kunnen alleen worden voorkomen, indien de verzekeraar expressis verbis het „beslissings”-karakter van een mededeeling aan verzekerde stipuleert en uitdrukkelijk den reclamertermijn vermeldt ²⁾.

1) Alleen de IRO spreekt van bij de aangifte bedingen van wekelijksche of maandelijksche uitkeeringen. Overigens is de aanspraak op schadevergoeding wegens tijdelijke invaliditeit een ongedeelde en ondeelbare die in eens, maar eerst na afloop opvorderbaar wordt. Cf. § 14,2b DAMVV en art. 19,1 OAMVV.

2) Op gelijke wijze als de zg. „voor beroep vatbare beslissing” van 13 ZW het college, waarbij beroep kan worden ingesteld en den beroepstermijn moet vermelden (Zie ook DAMVV § 12,2b slot).

Uit het feit, dat soms naast den reclametermijn nog een fatale beroepstermijn is opgenomen, maak ik op, dat ongebruikt voorbij laten gaan van den eersten de aanspraak niet automatisch doet vervallen ¹⁾. Vele verzekeraars denken er anders over.

Dat door de reclame — soms „verzet” geheeten (AMO) — de oorspronkelijke beslissing vervalt, zou men geneigd zijn af te leiden uit het feit, dat bij enkele maatschappijen de betaling in het vooruitzicht gesteld wordt binnen 14 dagen na de beslissing „of, in geval van reclame, binnen 14 dagen nadat de verplichting der maatschappij tot betaling is vastgesteld”.

3. *betaling* van het vastgestelde bedrag is de laatste phase van de schaderegeling.

Dat sommige maatschappijen behalve legitimatie uitdrukkelijk *volledige* kwijting eischen, heeft deze strekking, dat slechts eenmaal betaling plaats heeft, d.w.z. de *geheele* schade slechts éénmaal vastgesteld en als één ondeelbaar geheel behandeld en afgedaan wordt (de EOA spreekt van „niet ten tweeden male in behandeling nemen”).

„Behalve door eventuele betalingen, waarvan uitdrukkelijk is bedongen, dat zij als voorschot geschieden, wordt de maatschappij door de betaling der schadevergoeding van alle verdere aanspraken uit hoofde van het geregeld ongeval ontheven” (W i n t e r t h u r).

VERVAL- EN VERJARINGSTERMIJNEN

Ten slotte bevatten verschillende polisvoorwaarden nog een uitdrukkelijken „vervaltermijn” ten aanzien van:

„Uitkeeringen, die uiterlijk een jaar na de *vaststelling*, niet zijn *opgevorderd*, zijn *verjaard*” (EOA).

„Gelden, welke niet binnen 360 dagen, nadat ze opeischbaar zijn geworden, door de rechthebbenden zijn *opgeëischt*, *vervallen* aan Fat.” (F a t).

Andere spreken van „verjaring” en rekenen de termijnen van *den datum van het ongeval* af:

„Alle rechten, voor den verzekerde of dengeen, die aanspraak op uitkeering der schadevergoeding maakt, uit deze verzekering voortvloeiende, vervallen, indien ze niet binnen een jaar nadat de *gebeurtenis*, terzake waarvan een vordering tegen de verzekering wordt gepretendeerd, is voorgevallen, door den verzekerde of door dengeen, die aanspraak op uitkeering der schadevergoeding maakt, voor den bevoegden rechter te Amsterdam zijn aangebracht” (B l o m a).

1) Zoo heeft de EOA een reclametermijn van 14 dagen, terwijl elk recht verloren gaat, indien niet binnen 3 maanden na de beslissing een geschil bij den bevoegden rechter aanhangig is gemaakt.

„Worden de vorderingen uit de verzekering niet binnen een jaar na den dag van het ongeluk of als rentebetaling is toegestaan, niet binnen een jaar na het ophouden van deze renteuitkeering, bij den bevoegden rechter aangebracht, en geregeld door gezet, dan zijn deze verjaard” (RP).

Waar als regel de ongevalsgevolgen, die recht geven op vergoeding, beperkt zijn tot die, welke binnen *een jaar na het ongeval* optreden, is het duidelijk, dat de verjaringstermijn van een jaar redelijkerwijs noch gerekend kan worden van den dag van de *ongevalsgebeurtenis* af, noch van den dag van het optreden van de *ongevalsgevolgen* af. Maar van het verstrijken van den uitkeeringstermijn af. Art. 73 OW-1921 (idem art. 70 LTOW-1922) neemt als norm een jaar na den datum van het ongeval, bij doodelijken afloop een jaar na het overlijden, met verlenging van deze termijnen „indien aangetoond wordt, dat de gevolgen van het ongeval zich niet terstond na het ongeval hebben geopenbaard of als zoodanig zijn herkend” (dan begint de verjaringstermijn te loopen van den dag nadien, waarop de gevolgen zich hebben geopenbaard of als zoodanig zijn herkend).

Reeds *vastgestelde* schadeloosstelling vervalt krachtens art. 79 OW bij niet invordering binnen een jaar na den eersten dag van betaalbaarstelling, tenzij de belanghebbenden aantoonen, dat zij deze niet hebben kunnen invorderen; recht op niet ingevorderde rente vervalt pas na 5 jaar, onverminderd de bevoegdheid van den minister de belanghebbenden in het genot van hun vervallen recht te herstellen.

De rechter zal, bij beroep op overmacht van de zijde van den verzekerde als beletsel tegen aangifte of invordering, zeker geneigd zijn overmatig formalisme van de zijde van den verzekeraar binnen redelijke grenzen terug te dringen.

Onredelijk is een clausule als:

„De aansprakelijkheid van de Phil. voor uitbetaling van enig bedrag houdt op, wanneer het niet binnen twee maanden na toekenning wordt *aangenomen* of ingevorderd” (P h i l.).

Waar de verzekeraars niet bereid plegen te zijn gelden af te geven, indien men voorbehoud van rechten maakt, is het onredelijk op straffe van verval van recht aanvaarding en dus kwijting te vragen, alvorens voldoende gelegenheid tot overleg is gegeven: 2 maanden is daarvoor veel te kort, vooral als voor het afloopen van dien termijn gedagvaard moet zijn!

HOOFDSTUK VIII

DE BESLECHTING VAN GESCHILLEN

Als „sluitstuk” van de „schaderegeling” is de wijze, waarop eventueele moeilijkheden, die daarbij rijzen, tot oplossing worden gebracht, niet van belang ontbloot. Weinig verzekeringsovereenkomsten — met uitzondering wellicht van de „wettelijke aansprakelijkheidsverzekering” — geven tot zooveel feitelijke vragen en rechtsvragen aanleiding als juist de ongevallenverzekering.

In de particuliere ongevallenverzekering ¹⁾ is deze beslechting van geschillen zeer verschillend en veelal onbevredigend geregeld, soms bevoegde rechter, soms arbitrage, soms bindend advies.

Ongeacht het fundamenteele verschil tusschen arbitrage en bindend advies, kan het uitermate moeilijk zijn de grens tusschen beide scherp te trekken, terwijl bij verschillende verzekeringsmaatschappijen een deel van de geschillen aan den bevoegden rechter en een ander deel aan arbiters of bindende adviseurs is voorbehouden en zelfs de formuleering van de verdeling van beider arbeidsveld nog wel eens te wenschen overlaat.

DE BEVOEGDE RECHTER

Als geen rechter wordt aangewezen (ER, Zürich, Winterthur, MADB) is uit den aard der zaak automatisch „de rechter” ook „de bevoegde”. Deze „ongeschreven” beslechtsclausule is in zooverre de beste, dat de mogelijkheid van geschil niet geaccentueerd wordt, want de ervaring leert, dat reeds een eenvoudige vermelding voor sommigen een prikkel tot ageeren vormt.

1) Bij de sociale ongevallenwetten is de beslechting van geschillen opgedragen aan colleges, belast met administratieve rechtspraak: de commissies van scheidslieden, resp. raden van beroep (SV) met hooger beroep op den centralen raad van beroep te Utrecht. Een en ander is formeel nader geregeld in de beroepswet (wet van 8 December 1902, stbl. No. 208).

Bij beroep op den „bevoegden” rechter laat de woordenkeus van art. 4 ten 3° Rv veelal een ruime keus en soms wel eenige twijfel open. Verschillende polissen geven er daarom de voorkeur aan den bevoegden rechter te „domicilieeren” (NEN, F a t.).

Minder gelukkig acht ik de domicilieering „ter plaatse, waar de polis is uitgegeven” (O. ZWOL).

Bijzondere behoefte aan domicilieering van den bevoegden rechter bestaat uit den aard der zaak in de polissen van de, in ons land werkende, buitenlandsche verzekeringsmaatschappijen:

„rechter, welke zitting houdt ter plaatse, waar de Succursale der Maatschappij in Nederland is gevestigd” (Z u r i c h),

„de rechtspraak van den Nederlandschen Rechter, overeenkomstig de bestaande wettelijke regelen van bevoegdheid” (W i n t e r t h u r),

„door den bevoegden rechter te Amsterdam, alwaar de Maatschappij domicilie heeft ten kantore van haren directeur der Nederlandsche Succursale” (O c e a n).

Soms is in de polis niet uitdrukkelijk eenige rechter aangegeven als de bevoegde, maar behoudt de verzekeraar zich domicilieering voor, door als bevoegden rechter aan te wijzen den rechter:

„ter plaatse, waar de Maatschappij domicilie heeft gekozen” (N. L l o y d) (EOA).

„Van dit domicilie wordt door den verzekeraar op eerste aanvraag, aan den belanghebbende mededeeling gedaan (EOA).

De laatste maatschappij behoudt zich derhalve de bevoegdheid voor van geschil tot geschil een anderen bevoegden rechter aan te wijzen. Dit heeft het voordeel, dat bij verplaatsing van den zetel der maatschappij wijziging van „den bevoegden” rechter niet onvermijdelijk is.

ARBITRAGE

Naar mate ageeren gemakkelijker is en met name de formaliteiten, die vervuld moeten worden van geringer beteekenis zijn, is de kans op acties grooter. Zoo blijken vele verzekerden lichtvaardiger tot het „aanvragen van arbitrage” over te gaan dan tot het aanleggen van een proces voor den bevoegden rechter. Reeds dit zou een reden kunnen zijn, waarom verschillende verzekeringsmaatschappijen in hun latere polissen de oorspronkelijke arbitrale clause door een beroep op den bevoegden rechter hebben vervangen.

Zij zijn het dus op grond van de ervaring niet eens met JONES,

als hij in "The business of Insurance" (DUNHAM, 1922, III, 123) schrijft "a bad compromise is better than a good law suit" en daaraan toevoegt "one litigant must, and both litigants may lose" (gezwegen van de al heel weinig respectabele opmerking "the only persons sure to win are the lawyers" . . .).

Ik zou de stelling liever omkeeren en op grond van eenige ervaring op het gebied van de beslechting van geschillen bij de particuliere ongevallenverzekering door arbitrage willen zeggen: "a good law suit is better than a bad compromise", onder toevoeging, dat inderdaad de arbitrale clause maar al te vaak slecht is.

De gemiddelde advocaat verkiest als regel de gewone procesorde verre boven de arbitrale procedure:

- a. omdat de eerste hem gemeenzaam is, de tweede veel minder of in het geheel niet,
- b. omdat het optreden van zg. „deskundige” leeken als rechters, zijn bezwaar heeft en „rechtspraak” zonder rechtskennis ondenkbaar is.

Een goede arbitrale clause in de ongevallenpolissen impliceert voldoende rechtskundige medewerking aan de arbitrale procedure. De onbevoegdheid van vele arbiters op dit gebied vormt een verklaring voor het discrediet, waarin de arbitrage in de ongevallenverzekering gekomen is; dat is echter niet de schuld van het arbitrage-instituut op zich zelf, maar van de gebrekkige hanteering.

Bij goede hanteering kan men juist op dit zeer moeilijke terrein bij uitstek van de groote voordeelen der scheidsrechterlijke beslechting van geschillen profiteren: snel recht met weinig kosten, het rechtsgevoel der verzekerden en ook der verzekeraars bevredigend.

FUNDAMENTEEL VERSCHILLEN TUSSEN ARBITRAGE EN BINDEND ADVIES

De fundamentele verschillen tusschen arbitrage en bindend advies zijn:

1. arbitrage is „rechtspraak”, bindend advies niet!
2. een arbitraal vonnis kan onder omstandigheden worden geexecuteerd, een „bindend advies” nooit,
3. arbitrage veronderstelt een verbintenis tot onttrekking van het geschil, althans in eerste instantie, aan de jurisdictie van

den anders bevoegden rechter; ook hooger beroep op dien rechter is buitengesloten, tenzij uitdrukkelijk bedongen (646 Rv.). Bindend advies daarentegen verspert den weg naar den bevoegden rechter allerminst.

Terwijl door arbitrage het geschil werkelijk „beslecht” wordt, stelt het bindend advies slechts den *inhoud* van de partijen tot wet strekkende overeenkomst vast en doet het dus slechts een vorderingsrecht tot nakoming geboren worden.

Theoretisch kan men dus betwisten, dat de bespreking van het bindend advies in dit hoofdstuk thuis behoort.

Practisch is het over dit theoretische bezwaar heen te stappen. In werkelijkheid wordt zoowel door arbiters als door den bevoegden rechter primair de *inhoud* van de overeenkomst vastgesteld, de executeerbaarheid is een secundair gegeven en het ontbreken daarvan is het voornaamste, wat het bindend advies van rechterlijk en scheidsrechterlijk vonnis onderscheidt.

In de praktijk wordt trouwens de overgrootste meerderheid der arbitrale vonnissen evenmin geëxecuteerd als de vonnissen van den bevoegden rechter, maar vrijwillig nagekomen.

En de overgrootste meerderheid der bindende adviezen leidt evenmin tot instelling van een rechtsvordering: vrijwillige nakoming is regel.

Ongeacht de onbetwistbare waarde van een executorialen titel is de voorkeur van verzekeraars en verzekerden voor het bindend advies verklaarbaar:

1. de arbitrale procedure (620 Rv e.v.) pleegt minder eenvoudig en goedkoop te zijn als zij schijnt en vereischt doorlopende rechtskundige leiding, wil zij niet vroeg of laat ontsporen en de kans groot maken, dat het arbitrale vonnis als nietig bestreden kan worden (649 Rv).

2. de meeste geschillen bij schaderegeling in de ongevallenverzekering vinden hun oplossing in de beantwoording van specifiek medische vraagpunten, zoodat men veelal door daarover een bindend advies van deskundigen in te winnen, zonder formaliteiten van eenige beteekenis, in staat is de bron van geschil weg te nemen.

ONDERKENNING VAN ARBITRAGE EN BINDEND ADVIES

De beantwoording van de vraag of de polisvoorwaarden in een bepaald geval *arbitrage* beoogen of *bindend advies*, is minder een-

voudig dan het schijnt. In beide gevallen wordt nl. als regel zoowel van „scheidrechterlijke uitspraak” als van de „beslechting” van het geschil gesproken: ten onrechte voor zoover een bindend advies bedoeld wordt.

Zelfs de toevoeging „welke uitspraak door partijen aanvaard wordt als een haar bindend advies” is geen bewijs, dat geen sprake van arbitrage is. Het is immers irrelevant, welke waarde partijen aan de „uitspraak” hechten, het *wezen* van die uitspraak is beslissend. Zelfs kan men heel best een arbitrale uitspraak als bindend advies „aanvaarden” (dat impliceert slechts afstand van executie). Van clause tot clause moet men dan ook dat *wezen* toetsen. De twee eenige daartoe bruikbare criteria zijn volgens mijn meening:

- a. is er wel een *verbintenis* het geschil aan scheidslieden te onderwerpen?
- b. is *beroep op den bevoegden rechter* wel uitdrukkelijk buitengesloten (of voorbehouden)?

Deze twee criteria kan men samenvatten tot: is er wel een *verbintenis tot onttrekking aan den bevoegden rechter*? In geen enkele polis wordt gesproken van „partijen verbinden zich”. steeds wordt zoowel de arbitrale, als de bindend-advies-clause gegoten in den vorm van: „Geschillen . . . worden onderworpen aan . . .”. Deze wijze van formulering bemoeilijkt onderkenning tusschen beide clauseeringen in hooge mate.

De uitdrukkelijke onttrekking aan den bevoegden rechter komt meer voor:

- „De uitspraak dezer scheidslieden is niet aan beroep onderworpen” (Bloma),
- „met uitsluiting van iederen rechterlijken weg en alle rechtsmiddelen” (RP),
- „met uitsluiting van den bevoegden rechter, in hoogste ressort” (IRO),
- „met uitsluiting van elk rechtsmiddel en in hoogste ressort” (EOA: oude polis),
- „met uitsluiting van den gewonen rechter” en „in hoogste ressort” (ENO).

De twijfel of partijen bij overeenkomst „uitspraak, aanvaard als bindend advies” stipuleerend ¹⁾, toch eigenlijk geen arbitrage

¹⁾ Een twijfelachtige omschrijving is „welke uitspraak voor beide partijen *beslissend* en bindend zal zijn” (RP).

bedoelden, wordt nog versterkt, door, in het kader van de arbitrage heel goed, maar in het kader van het bindende advies heelemaal niet passende en soms weinig rationeele bepalingen als:

„De leden van de commissie van advies zullen uitspraak doen als goede mannen naar billijkheid" (NEN),

„komen zij ter zake van de benoeming (van de bindende adviseurs) niet tot overeenstemming, dan wordt het derde lid benoemd door den kantonrechter te" (NEN).

En als de kantonrechter het verrichten van die benoeming weigert?

In een andere polis (N. L l o y d) is ten minste alleen de mogelijkheid opgenomen, bij verschil van meening over de benoeming, een *verzoek* tot benoeming aan den voorzitter van den kamer van koophandel te doen. Een leemte is weer, dat de wijze van benoeming bij weigering door dien voorzitter, niet is aangegeven. Dit is in het algemeen een zwak punt in de bindende-adviesregeling.

Opmerkelijk is de volgende *voorwaardelijke* arbitrale clausule:

„Tenzij tusschen partijen anders is overeengekomen, zullen alle (andere) geschillen tusschen belanghebbenden en de verzekeringsbank ontstaan, voor zoover die voor scheidrechtelijke uitspraak vatbaar zijn, worden beslecht door 3 scheidslieden" (O. H a a g).

Het vinden van den weg in dezen chaos wordt vergemakkelijkt, indien men de Duitse, Oostenrijksche en Zwitsersche regelingen beziet en bedenkt, hoezeer men voorheen in ons land buitenlandsche polisclausules placht over te nemen.

DE DUITSCHE, OOSTENRIJKSCHE EN ZWITSERSCHE REGELING VAN DE BESLECHTING VAN GESCHILLEN

Duitschland. De Duitse wet op de verzekeringsovereenkomst kent „vaststelling" van de hoogte van de schade (en van enkele pijlers van het vorderingsrecht) door deskundigen en voegt daaraan toe, dat die vaststelling niet *bindend* is, als zij kennelijk van de werkelijkheid afwijkt: dan heeft de vaststelling door den rechter plaats, zoo ook als de deskundigen niet tot de vaststelling kunnen of willen komen of die vertragen. De Duitse wet wijst ook den competenten rechter aan om de deskundigen te benoemen, indien bij overeenkomst benoeming door den rechter is bedongen, zonder dat die rechter in de overeenkomst is aangewezen (§ 64 en 184). In het licht van deze wettelijke bepalingen moet men

ook de „Ärztelkommission" van § 12/13 DAMVW zien. Ofschoon daar sprake is van „meeningsverschillen", waarin die commissie „beslist", hebben we toch niet te doen met arbitrage, maar met een bindend advies. Dat advies beperkt zich tot aard en omvang van de ongevalsgevolgen en tot de vraag in hoeverre er verband tusschen letsel en ongeval bestaat. Het strekt zich niet eens uit tot de vraag of een ongeval in den zin der verzekeringsvoorwaarden heeft plaats gehad. Terecht merkt LINIGER (69) op:

„Die Ärztelkommission ist kein Schiedsgericht, sondern eine Schätzungskommission; ihre Mitglieder sind keine Schiedsrichter, sondern nur mit gewissen rechtlichen Befugnise ausgestattete Gutachter. Es handelt sich um einen Vertrag, durch den die Parteien nur ein *bindende Gutachten* herbeiführen wollen, ob ein bestimmte Tatsache, meist medizinischer Natur, als vorliegend zu erachten ist".

Oostenrijk. In § 11 van de Oostenrijksche wet is de arbitrage over de hoegrootheid van de uitkeering verboden. Wel is ter „vaststelling" van die uitkeering, inwinnen van een bindend advies mogelijk. „Bestimmen" is nl. geen „aufferlegen" in den zin van § 409 van de Oostenrijksche Zivilprocesordnung. Het oordeel van een dergelijk „Sachverständigenkollegium" met beperkt „Spruchgewalt" kan alleen worden ingeroepen, indien de verzekeraar zijn gehoudenheid tot uitkeering niet betwist.

Over de gehoudenheid tot uitkeering zelf is arbitrage wel mogelijk (acte van compromis). Aangezien in Oostenrijk de wederkeerige waarborgmaatschappijen wel onder de wet op de vereenigen van 1852 vallen, kunnen de desbetreffende ongevallenverzekeringsmaatschappijen ook nog gebruik maken van de „ständige Vereinsschiedsgerichte".

Het „scheidsgerecht" van art. 18 OAMVW is dus geen scheidsrecht in engeren zin, maar ook een commissie voor bindend advies.

Zwitserland. Ook de Zwitsersche wet onderscheidt arbitrage (Schiedsgericht) en bindend commissoriaal deskundigen-advies (Schiedsmänner, arbitratoren). Het Bundesgericht (30 Nov. 1900; Entsch. I, 65, 66, 67) besliste, dat de deskundigen niet de „richterliche Erledigung der Streitsache selbst" bezorgden, maar alleen geroepen waren tot beantwoording van feitelijke vragen. Dus dat er geen sprake was van een procesrechtelijk „Schiedsvertrag", maar van een materiëelrechtelijk „Schiedsmannsvertrag", („Schiedsmannsklausel" of clause d'expertise).

Op die gronden neemt men ook in Zwitserland ¹⁾ een „Feststellungskommission“ aan, indien in de polis geen duidelijke „Schiedsgerichts- oder Kompromisklausel“, opgenomen is.

Het bindend advies der experts kan alleen op grond van zake-lijke gebreken (sachlicher Mängel, vices matériels) worden aangevochten (zie Entsch. I, No. 70). Het Bundesgericht bestempelde 30 Nov. 1900 (Entsch. I, No. 70) de bepaling van een „Schiedsmannsklausel“, waarbij de eene partij bevoegd verklaard werd de meerderheid der deskundigen aan te wijzen, als „onzedelijk“ en verklaarde die dus ongeldig en gaf daarbij als zijn meening te kennen, dat de commissie, ofschoon geen eigenlijk scheids-rechterlijke functie vervullend „ihre Tätigkeit der praktischen Wirkung nach einen Schiedsspruch durchaus ähnlich“ was. Garantie voor onpartijdigheid achtte het Bundesgericht door de bona fides geeischt.

Tegen den achtergrond van deze buitenlandsche regelingen is, in verband met het in ons land ontbreken van een speciale wet op de verzekeringsovereenkomst en mede in verband met de nauwheid van het wettelijk keurslijf der arbitrage, de poging van verschillende verzekeraars om daarop bij wijze van bindend advies ²⁾ de „vaststellingscommissie“ te enten, verklaarbaar. Geheel geslaagd komt mij die poging niet voor.

MOEILIKHEDEN BIJ DE GEBRUIKELIJKE ARBITRALE EN BINDEND-ADVIES-CLAUSULES

Competentieregeling.

N. Lloyd, NEN: geschillen betreffende premiebetaling bevoegde rechter, alle andere geschillen bindend advies,
B l o m a :

„Geschillen over de *verplichting* tot schadevergoeding worden beslecht door den bevoegden rechter,

1) Art. 13 van de „Bundesgesetz betreffend Beaufsichtigung von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens“ van 25 Juni 1885 bepaalde trouwens, dat „alle Streitigkeiten privatrechtlicher Natur“ door den „rechter“ zouden worden beslecht. Aanvankelijk bestond zoodoende twijfel of arbitrage niet geheel buitengesloten was. Het Bundesgericht besliste evenwel, dat onder „rechter“ ook „scheidsrechter“ begrepen was (Entsch. I, No. 68, 69).

2) Zie literatuur over „bindend advies“: WPNR 2866, 2867, 2880, NJ 1924, 193, 715, proefschrift v. Ittersum, 1927 en Creveld in Rechtsk. opstellen, aangeboden aan prof. Mr. P. SCHOLTEN 1932, blz. 70.

„Geschillen, welke alleen betrekking hebben op de *hoegrootheid* der schadevergoeding worden onderworpen aan een scheidsgerecht, bestaande uit”

- O. Z w o l.: geschillen over het *bedrag* van de schadevergoeding bindend advies.

„Afgezien van de door het scheidsgerecht te beslechten geschillen, moeten alle geschillen, met uitzondering van die betreffende de premiebetaling, voor den bevoegden rechter worden aanhangig gemaakt”.

geschillen over bedrag schadevergoeding arbitrage

„Afgezien van de door het scheidsgerecht te beslechten gevallen, moeten alle geschillen tusschen de maatschappij en die personen, welke op grond der verzekering een aanspraak doen gelden, zoowel als de vorderingen tot betaling van achterstallige premiën, voor den bevoegden rechter aangebracht worden”.

EOA (vóór 1922): geschillen van *medischen aard* over de hoegrootheid van de uitkeering en over weigering van uitkeering arbitrage. Alle andere geschillen bevoegde rechter.

De grens tusschen geschillen over het *bestaan* van eenige uitkeeringsverplichting en geschillen over den *omvang* van de uitkeeringsverplichting is soms twijfelachtig.

In de jurisprudentie (Arbiters 17 Sept. 1935, AR 203) is een belangwekkend geval van verschil van meening over de boven aangegeven B l o m a-clausule te vinden. De maatschappij stelde toen nl., dat

„de taak van arbiters ten aanzien van de vordering ter zake van blijvende invaliditeit zich zoude beperken tot het *medisch* vaststellen van het percentage dier invaliditeit”.

Deze verzekeraar was blijkbaar van oordeel, dat arbiters slechts *bindend advies* mochten uitbrengen. De arbiters meenden echter, dat nu de verzekeraar de verplichting tot uitbetaling van schadevergoeding erkend had, partijen gehouden waren hun geheele geschil ten aanzien van de hoegrootheid van de schadevergoeding ter beslechting aan arbiters voor te leggen. Echte arbitrage dus ¹⁾.

1) Hoofdargument hiervoor was de toevoeging „uitspraak scheidslieden niet aan beroep onderhevig”. Ook de oude EOA-clausule is volgens mijn meening een echte arbitrale clausule vanwege de toevoeging: „met uitsluiting van elk rechtsmiddel en in hoogste ressort (EOA).

ONDSCHIEDING VAN „MEDISCHE GESCHILLEN”

De beperking tot „geschillen van medischen aard” (EOA) kan tot moeilijkheden aanleiding geven, vooral omdat er tevens sprake is van het „medische gedeelte van een beslissing”: een geschil van medischen aard is derhalve een geschil over een gedeelte van de beslissing. Door de mogelijkheid van multiple geschillen over eenzelfde beslissing wordt de ondeelbaarheid van de aanspraak opgeofferd. In theorie is het dus mogelijk, dat over eenzelfde aanspraak zoowel een proces voor den bevoegden rechter, als een arbitraal geding moet worden gevoerd. Als dan de eene partij op het arbitrale vonnis zal willen wachten, alvorens de civiele procedure te vervolgen en de andere het omgekeerde in zijn belang acht komt men niet gemakkelijk tot een goed einde. Partijen, rechter en arbiters zullen het ook niet gemakkelijk eens worden over strekking en inhoud ook van het (wan)begrip „medisch geschil”.

Benoeming van arbiters. In verschillende polissen wordt in afwijking met 624 Rv de benoeming van arbiters door den rechter, in geval partijen niet kunnen overeenkomen omtrent de keus, beperkt tot de keuze van den tweeden, resp. derden arbiter.

Wanneer echter een rechter de *gedeelte* benoeming van arbiters mocht weigeren, zal men het derailement van de procedure niet gemakkelijk verhelpen.

O. H a a g is de eenige, die uitdrukkelijk naar 624 Rv. verwijst.

In de meeste polissen is het ongelukkige stelsel van de „vecht-arbiters” gekozen: beide partijen wijzen ieder een arbiter aan, terwijl de derde arbiter door de beide partijarbiters wordt aangewezen. Alleen de O c e a n maakt daarop een gunstige uitzondering door te eischen, dat de drie scheidsmannen „bij onverdeelde keuze door partijen” zullen worden benoemd. De IRO is de eenige die de mogelijkheid van *één of meer* scheidslieden openlaat en ook de eenige, die uitdrukkelijk „recht doen volgens de regelen des rechts” eischt.

Formaliteiten. Alleen de O. H a a g eischt nog een speciale acte van compromis. Keus van de plaats van samenkomst door arbiters (ENO), door verzekerde (RP) of door de maatschappij (EOA).

In sommige polissen wordt uitdrukkelijk het scheidsgerecht

vrijgesteld van alle formaliteiten (RP, EOA: oude polis); wel-sprekend is het, dat dit ook ten aanzien van de commissie tot uitbrengen van een bindend advies met overeenkomstige woorden het geval is (NEN).

Voor mijn gevoel is „arbitrage zonder formaliteiten” min of meer een contradictio in terminis.

Zeker, het ligt in de rede, een uit niet-juristen en nog wel uit geneeskundigen bestaand, scheidsgerecht vrij te stellen van alle *overbodige* formaliteiten.

Maar de moeilijke rechtsvraag is: welke formaliteiten zijn overbodig? M.a.w. welke voorschriften van 620 e.v. Rv zijn dwingend recht? Dwingende voorschriften moeten toch ook door een, van formaliteiten vrijgestelde, arbitragecommissie worden nagekomen!

Arbiters zullen bijv. overlegging van machtiging van den kanton-rechter moeten eischen, indien rechten van minderjarigen bij de arbitrage betrokken zijn (620 Rv).

Een vrouw zal geen lid van het scheidsgerecht mogen zijn (622 Rv.).

Indien een acte van compromis wordt opgemaakt, zullen de op straffe van nietigheid voorgeschreven vereischten aanwezig moeten zijn (623 Rv.).

De scheidslieden zullen hun last schriftelijk moeten aannemen (627 Rv.), en zich zonder medewerking van partijen niet kunnen terugtrekken, zonder ontslag aan den rechter te vragen (628 Rv.).

Zij zullen een valscheidsincident niet zelf mogen afdoen, maar naar den rechter moeten verwijzen (633 Rv.).

De uitspraak zal schriftelijk moeten worden gegeven en althans den minimuminhoud moeten hebben door de wet voorgeschreven (636 Rv.).

Zij zal om executeerbaar te worden, moeten worden gedeponneerd met de acte van benoeming (638 en 639 Rv.).

Uitspraak naar de regelen des rechts of als goede mannen naar billijkheid. Waar de arbitrage hier inhoud en uitvoering van een overeenkomst betreft, maakt in verband met 1375 BW de toekenning van de bevoegdheid uitspraak te doen „als goede mannen naar billijkheid” geen verschil. Geheel overbodig is de clause „rechtdoende volgens de regelen van het recht” (IRO), terwijl de opneming van de billijkheidsclause in de artikelen, die beoogen bij geschillen een bindend advies uit te lokken, heelemaal geen zin heeft en weer een bewijs te meer vormt, dat men bij de formuleering van de procedure voor het uitbrengen van bindend advies ten onrechte aansluiting aan de arbitrage

heeft gezocht, onder miskenning van het wezen van de „bindend-advies-overeenkomst”.

Uitspraak schriftelijk en door arbiters onderteekend (RP, ENO). De opneming van deze schijnbaar overbodige clause spreekt boekdeelen.

Arbitragekosten: worden begroot door oudsten arbiter en bij vooruitbetaling aan hem door partijen voldaan, doch ten slotte ten laste van de verliezende partij gebracht (ENO); komen ten laste van beide partijen ieder voor de helft, met bevoegdheid van den verzekeraar ze geheel te voldoen en het door den verzekerde verschuldigde af te houden van zijn event. te vorderen uitkeering of op andere wijze in te vorderen (EOA: oude polis); elke partij draagt de kosten van eigen arbiter en die van het derde lid worden door beide partijen elk voor de helft gedragen (NEN); de kosten worden door verzekeraars gedragen, indien de scheidsrechterlijke schadevergoeding hooger is dan de door de verzekeraars aangeboden, in andere gevallen door den verzekerde (Bloma); te bepalen door arbiters (IRO, N. Lloyd).

Wanneer een geschil aanwezig geacht wordt te zijn: indien een der partijen zulks beweert (sic) (NEN); zoodra een der partijen de uitspraak van scheidslieden inroept (IRO); terwijl de EOA en de RP de eenige zijn, die den beroepstermijn beperken tot 14 dagen nadat de verzekeraar zijn beslissing ter kennis van verzekerde bracht (dan moet per aangeteekenden brief verzet worden aangeteekend tegen die beslissing, onder opgaaf van den door verzekerde aangewezen arbiter).

ERVARINGEN MET ARBITRAGE EN SUGGESTIES TOT VERBETERING

Het is mij bekend, dat de ervaringen van verzekeraars en verzekerden met arbitrage bij ongevallenverzekeringsgeschillen niet gunstig zijn.

Slechts zelden bevredigen de uitspraken van de „deskundigen” het rechtsgevoel. Drie artsen met of zonder witte jassen onderzoeken den verzekerde, bespreken de zaak en het slot is als regel een telefoontje of mondelinge mededeeling aan den verzekeraar: „U heeft gelijk en hoeft dus niets meer te betalen”, of „u heeft ongelijk en moet nog maar zooveel betalen” of — en dat schijnt nog meer voor te komen — „voor beide standpunten is wat te zeggen, we vinden het maar het beste en billijkste, dat het verschil gedeeld wordt”.

Het bemiddelende vonnis van HARTZFELT in karikatuur.

Een behoorlijk geformuleerd, gedeponeed en executeerbaar arbitraal vonnis ontbreekt steeds en dat de betrokkenen niets van de rechtsoverwegingen vernemen is misschien in zooverre maar goed, dat nu ook niet blijkt, dat heeren „rechters” noch het procesrecht (in casu de dwingende voorschriften van Rv) noch het materiele recht (de ter zake geldende bepalingen van BW en K), noch het bijzondere recht (in casu de partijen tot wet strekkende, verzekeringsovereenkomst) kenden.

Zoo bezien is het begrijpelijk, waarom men in één van de polissen een clause vindt, die kennelijk geen ander doel heeft als het mogelijk maken van inschakeling van den bevoegden rechter, wanneer de arbitrage mislukt is:

„Indien de Commissie over de aan haar voorgelegde vragen niet tot een uitspraak kan geraken, of zich geen meerderheid van stemmen heeft kunnen vormen, omdat elk der drie Commissieleden een andere meening is toegedaan, dan beslist hierover de bevoegde rechter” (RP).

Zoo bezien is het ook heel begrijpelijk, waarom verschillende verzekeraars op voetspoor van de Duitsch-Oostenrijksch-Zwitserse usance de voorkeur aan een bindend advies hebben gegeven.

Wij zagen reeds, dat en waarom bij ontstentenis van een wettelijke regeling van de verzekeringsovereenkomst, ook de regeling van het bindend advies vaak zeer gebrekkig is, en men ten onrechte aansluiting aan de arbitrale gedingvoering heeft gezocht.

Zowel arbitrage als inroepen van bindend advies vereischen behalve een zeer specifieke medische ongevallenverzekeringservaring, ook voldoende juridische scholing, althans medewerking. De voor de hand liggende oplossing van dit probleem is dan ook volgens mijn meening — met name zoolang een specifieke wet op de (ongevallen-)verzekeringsovereenkomst ontbreekt — vaste commissies van arbitrage in te stellen, die event. tevens met het uitbrengen van bindende adviezen op ongevallenverzekeringsgebied kunnen worden belast.

Voor zoover het arbitrage betreft bij voorkeur onder voorzitterschap van een jurist, althans uitgerust met een jurist-secretaris.

Voor zoover het bindend advies betreft, is wellicht de medewerking van een jurist-secretaris voldoende.

Voor het vinden van deze oplossing zou samenwerking tusschen de voornaamste ongevallenverzekeraars natuurlijk de beste

grondslag vormen. Als men elkaar eenmaal gevonden had, zou het ontwerpen van een modelpolis slechts een kwestie van tijd zijn. De groote voordeelen daarvan behoeven hier geen betoog: men vergelijkte nog maar eens de DAMVW en OAMVW en geve zich rekenschap van het veel hoogere peil van ontwikkeling, dat daardoor reeds in die landen het ongevallenverzekeringsrecht bereikt heeft.

Maar er is nog een andere weg mogelijk: het aan dit doel dienstbaar maken van een, buiten verzekeraars staande, onafhankelijke arbitrage-instelling. Mij zweeft in dit verband het apparaat voor oogen, door de „*Vereeniging: Orde van Arbiters op Technisch en Nautisch Gebied*”¹⁾ in het leven geroepen.

Deze vereeniging stelt zich ten doel het bevorderen van een goede rechtspraak door scheidslieden en het geven van bindende adviezen in technische en nautische geschillen. Zij tracht dat doel te bereiken o.a. door een acte van compromis vast te stellen, waaraan partijen zich in voorkomende gevallen kunnen onderwerpen, het op verzoek van partijen aanwijzen van scheidslieden, gekozen uit haar leden en het geven van bindende adviezen.

Een soortgelijke orde van medische arbiters met voldoende juridische scholing of medewerking, zou zeker op het gebied van de ongevallenverzekering in een behoefte voorzien.

1) Gevestigd te Rotterdam (goedgekeurd bij KB van 11 Sept. 1934, No. 92, statuten opgenomen in het bijvoegsel van de Nederlandsche Staatscourant van 16 October 1934, No. 199, onder No. 970).

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

1. MANES, Versicherungswesen (System der Versicherungswissenschaft, deel II) 1932.
2. TIMMER, Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland; arbeidersverzekering in vroeger tijden. Amsterdam 1913.
3. WILLERING, Ongevallenverzekering, 1924.
4. MANES, Versicherungslexikon, 3e druk, 1930.
5. EHRENBURG, in Enzyklopaedie der Rechts- und Staatswissenschaft (KOHLEBAUM-KASSEL), XIII, 1923.
6. HIESTAND, Grundzüge der privaten Unfallversicherung, 1900.
7. SIMON VAN LEEUWEN, Rooms Hollands-regt, 6e druk (1686) blz. 336.
8. HUGO DE GROOT, Inleidinge tot de Hollandsche Rechtsgeleerdheid, 24e deel, § 4.
9. *Historie der Boecaniers of Vruybuyters van Amerika* (\pm 1700).
10. WALFORD, The Insurance Guide and Handbook, 1868.
11. DUNHAM, The Business of Insurance, 1912.
12. THORESBY, Accident Insurance in „the Insurance Guide and Handbook” (ANDRAS), 1912.
13. FRANKEL en DAWSON, Working men's insurance in Europe (1910).
14. KASKEL, Das soziale Versicherungsrecht in „Lehrbuch der Arbeiter-Versicherungsmedizin” (GUMPRECHT, FARRIUS en RIGLER) 1913.
15. QUENTIN, Unfall-Gesetzgebung (Geschichtliches) in Handbuch der gesamten Unfallheilkunde (KÖNIG-MAGNUS), 1932, I, 1.
16. DONATI, Privatversicherung im berufsständischer Staat (Schriftreihe der Oesterreichische Gesellschaft für Versicherungsfachwissen, nieuwe reeks, afl. 10), 1935.
17. *Sammlung von Versicherungs-Bedingungen Deutscher Versicherungs-Anstalten* (uitg. Deutsche Verein für Versich.-Wissenschaft), 1908.
18. VAN DOORNEWAARD, Vademecum voor het Nederlandsche Assurantiewezen, 1938.
19. *Schweiz. Unfall-Versicherungs-Gesellschaft in Winterthur*, 1875—1925.
20. *Nederlandsche Almanak van Levensverzekering*, 1894.
21. VÖLLMAR, Het Nederlandsch Handelsrecht, deel 1, 1935.
22. MOLENGRAAFF, Leidraad bij de beoefening van het Nederlandsche Handelsrecht, deel II, 6e druk, 1933.
23. DUBLIN, Health and wealth, a survey of the economics of world health, 1928.
24. VAN BRAKEL, Leerboek van het Nederlandsche verbintenissenrecht, deel I, 1934.
25. STAR BUSMANN, De verzekerde en de verzekerbare waarde.
26. EHRENZWEIG, Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung, 1929.
- 27.

28. KIJZER, *Nederl. Tijdschrift v. geneeskunst*, 25 Sept. 1937.
29. PICCARD, *Haftpflichtpraxis und soziale Unfallversicherung*, 1918.
30. PICCARD in „Unfallkunde für Aerzte und Juristen sowie für Versicherungsbeamte“ (GELPKE-SCHLATER) 1930.
31. *Reichsversicherungs-Ordnung* 1911.
32. VERAART, De definitie van het begrip ongeval, (zonder jaartal), uitg. P. Jansen, Kerkrade.
33. BRUCK, *Reichsgesetz über den Versicherungs-Vertrag*, 7e druk 1932.
34. WIERSMA, *Over toerekeningsvatbaarheid (Strafrechtelijke en criminologische onderzoeken, deel 1)*, 1932.
35. METZ, *Schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziektoestanden*, 1920.
36. SCHUURMANS STEKHOVEN, *Schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziektoestanden*, *Geneeskundig tijdschrift der Rijksverzekering-bank* 1923, *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 1923, *Sociale Voorzorg* 1924.
37. FRICKE, *Unfall und Ursache*, in „*Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*“ (KÖNIG-MAGNUS), 1932, I 183.
38. BRUCK, *Die Gefahren-gemeinschaft*, Marburg 1931, blz. 1267.
39. SCHUURMANS STEKHOVEN, *De beoordeeling van de arbeids(on)geschiktheid van verzekerden onder de ziekwet*, 1932.
40. *Rapport van de Commissie, ingesteld door de Federatie van Bedrijfsverenigingen en de Vereeniging van Raden van Arbeid*, tot bestudeering van het vraagstuk van de toepassing van het bepaalde in art. 53. 1e lid sub a der Ziektewet, 1935.
41. ROSTOCK, *Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen*, 1931.
42. KAUFMANN, *Handbuch der Unfallmedezin*, 4e druk, 1919.
43. REICHMANN, *Infektionskrankheiten und Krankheiten durch thermische Einwirkungen*, in „*Handbuch der Gesamten Unfallheilkunde*“ (KÖNIG-MAGNUS) 1932 I, 218.
44. TSCHMARKE, *Thermische Unfallverletzungen in Handbuch der Gesamten Unfallheilkunde* (KÖNIG-MAGNUS) 1932 I, 137.
45. SCHRIDDE en ALVENSLEBEN, *Die electriche Verletzung*, in „*Handbuch der Gesamten Unfallheilkunde* (KÖNIG-MAGNUS) 1932 I, 94.
46. SCHUURMANS STEKHOVEN, *Geneeskundig Tijdschrift RVB*, 1924.
47. KIJZER, *Vox medicorum*, Februari 1938.
48. KORTEWEG, *Ongevalleneeskunde*, 6e druk 1932, blz. 82.
49. MEHLER, *Vergleichende Zusammenstellung der Unfallversicherungsgesellschaften mit besonderer Rücksicht auf die Versicherung von Aerzten und Ärztliche Vereine*, 1890.
50. DUNHAM, *The Business of Insurance*.
51. KAUFMANN, *Korrespondenzblatt Schweizer Ärzte*, 1916, blz. 1779.
52. GRAVENHORST, *Der Tod im Wasser als versicherungsrechtliches Problem* (Afl. 20 der Hefte zur Unfallheilkunde (1937)).
53. REUTER, *Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin*, 1933.
54. LUBARSCH, *Gewächse (Geschwülste, Blastome, Tumoren) in Handb. der Gesamten Unfallheilkunde*“ (KÖNIG-MAGNUS), 1932 I, 284-338.

55. DORHOUT MEES, *Vezekeringsrecht*, Zwolle 1929.
56. BANFIELD, *The principles and practices of accident insurance*, 1935.
57. HANAUSEK, *Unfallversicherung und Beweislast nach Oesterreichischen Rechte*, 1916.
58. EHRENZWEIG, *Versicherungs-Vertragsrecht (Reichsrecht und Oesterreichischen Recht, mit den Tschechoslowakischen Besonderheiten)*, 1935.
59. *Artsenboekje* 1934, uitgegeven door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (niet in den handel).
60. PINKHOF, *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 1936, blz. 3698 en 4227.
61. COERT, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1936, blz. 4227.
62. *Periodieke Verzameling van administratieve en rechterlijke beslissingen* betreffende het openbaar bestuur in Nederland met register volgens kaartsysteem.
63. VAN BRUGGEN en SLOTEMAKER, *Commentaar op de Ziektewet*, 1935.
64. MOLINEUS, *Praktische Begutachtung in Handb. der gesamten Unfallheilkunde*" (KÖNIG-MAGNUS) 1931, II 444.
65. GRUNTHAL, *Psychologie des ärztlichen Gutachters*, in „*Handb. der gesamten Unfallheilkunde*" (KÖNIG-MAGNUS), 431 I, 472.
66. CLAUS, *Gewöhnung an Unfallfolgen (Eine Sammlung von Entscheidungen der obersten Spruchbehörden, Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter in der Unfallrechtsprechung*, 1928.
67. VAN EIJK en VERSTEGEN, *Arts en Wet, rechtskundige handleiding voor geneeskundigen*, 2e druk, 1929.
68. MAGNUS en MARTIUS, *Vademecum der Sozialversicherung (Reichs-unfallversicherung)*, 1936.
69. LINIGER, *Die private Unfallversicherung* in „*Handb. d. Ges. Unfallheilkunde*" (KÖNIG-MAGNUS), 1933 II, 481.
70. GELPKE en SCHLATTER, *Unfallkunde für Aerzte, Juristen und Versicherungsbeamte*, 1917.
71. LOHMAR, *Das Unfallheilverfahren, Wesen, Recht, Organisation und Praxis*, in „*Handb. d. Ges. Unfallheilkunde*" (KÖNIG-MAGNUS) II, 402.
72. KNOLL, *Rechtliche Grundlagen der Unfall-Gesetzgebung*, in *Handb. d. Ges. Unfallheilkunde*" (KÖNIG-MAGNUS), 1932 I, 32.
73. BÄHR, *Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung*, 1899.
74. KÖNIG, *Operationsduldungspflicht, In welchem Umfange ist der ersatzberechtigte Kranke verpflichtet, die Vornahme ärztlicher Eingriffe an sich zu dulden?*, 1937.
75. SMIT, *Geneesk. Tijdschrift RVB* Jan 1932.
76. MUNTENDAM, *Geneesk. Tijdschrift RVB*, Nov. 00071

GEBEZIGDE AFKORTINGEN

- AMO: N.V. Amsterdamsche Mij. v. Ongevallenverz.; Amsterdam.
Bloma: Firma Blom en van der Aa (gemachtigden van de N.V. Amsterdam-Londen Verz. Mij en N.V. Standaard-Verz. Mij); Amsterdam.
DAMVW: Duitsche ambtelijke modelverzekerings-voorwaarden.
ENO: Eerste Rotterdamsche Mij. v. Verz. tegen Ongevallen; Rotterdam.
ENO: Eerste Nederl. Onderl. Verz. Mij; 's Gravenhage.
EOA: Eerste Onderl. Aannemers.-Verz. Mij; Utrecht.
ER: Eerste Rotterdamsche Mij v. Verz. tegen Ongevallen; Rotterdam.
Fat.: N.V. Fatum, Ongevallen Verz. Mij van „de Nederlanden” van 1845”, 's Gravenhage.
IRO: Individueele Risico-Onderlinge (Ongevallen); 's Gravenhage.
MADB: N.V. Mij v. Assurantie, Discontearing en beleening der Stad Rotterdam, anno 1720; Rotterdam.
NEN: Verzekeringsbank De Nieuwe Eerste Nederlandsche; 's Gravenhage.
NHAV: N.V. Nieuwe Hollandsche Mij Verzekerings Bank; Schiedam.
N. Lloyd: N.V. De Nederlandsche Lloyd Ongevallen; Amsterdam.
OAMVW: Oostenrijksche ambtelijke modelverzekerings-voorwaarden.
Ocean: Accident and guarantee Corporation Ltd „The Ocean”.
O. Haag: N.V. Verzekerings Bank der Oude Haagsche van 1836; 's Gravenhage.
O. Zwol: N.V. „De Oude Zwolsche van 1895”, 's Gravenhage.
Pres.: La Préservatrice, Compagnie anonyme d'assurances a primes fixes contre les risques d'accidents.
Phil.: N.V. Algemeene Verz. Mij „De Philanthrop”, Bolsward.
RP: Railway-Passengers Assurance Company.
RVO.: Reichsversicherungs-Ordnung.
Winterthur: Zwitsersche Mij v. Verzekering tegen Ongelukken te Winterthur.
Zürich: Alg. Mij. v. Verzekering tegen ongelukken en wettelijke aansprakelijkheid te Zürich.

Wetten.

- BW: Burgerlijk wetboek.
IW: Invaliditeitswet.
K: Wetboek van Koophandel.
LTOW: Land- en tuinbouwongevallenwet.
OW: Ongevallenwet.
Rv: Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering.
Sr: Wetboek van Strafrecht.
ZW: Ziektewet.

BIJLAGE 1.

DUITSCHER MODEL-VERZEKERINGSVOORWAARDEN

(1936, geldend April 1938)

(Verband der privaten Unfall- und Haftpflicht-Versicherer
E.V. Berlijn, C 2, Kaiser Wilhelmstrasse 1—3, goedgekeurd
door het Reichsaufsichtamt für Privatversicherung, Berlijn
W 15, Ludwigkirchplatz 3/4).

Allgemeine Versicherungs-Bedingungen für Unfall-Versicherung.

I. Der Versicherungsschutz (§§ 1—8).

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

Die Gesellschaft gewährt auf Grund der nachfolgenden Bedingungen Versicherungsschutz gegen die Folgen der dem Versicherten während der Versicherungsdauer zustoßenden Unfälle.

Die Leistungen der Gesellschaft richten sich nach Höchstbeträgen, die für den Fall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, der dauernden Arbeitsunfähigkeit („Invalidität“) und des Todes je besonders zu vereinbaren sind („Tagegeld“, „Invaliditätssumme“, „Todesfallsumme“). Die einzelnen Höchstbeträge werden im Versicherungsschein vermerkt.

§§ 2—5. Anfang des Versicherungsschutzes.

§ 2. Unfallbegriff. Grenzfälle.

I. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

II. 1. Als Unfälle gelten auch:

- a) durch plötzliche Kraftanstrengung hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen;
- b) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt ist.

2. Als Unfälle gelten nicht:

- a) Vergiftungen, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten, Berufs- und Gewerbekrankheiten, Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung;
- b) Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen infolge eines Versicherungsfalles ausgesetzt war;
- c) Gesundheitsschädigungen durch Röntgen-, Radium-, Finsen-, Höhen-, Sonnen- und ähnliche Strahlen.

§ 3. Ausschlüsse.

Ausgeschlossen von der Versicherung sind:

1. Unfälle durch Kriegsereignisse (vgl. § 21, B);
2. Unfälle, die der Versicherte erleidet bei der Ausführung oder dem Versuche von Verbrechen oder Vergehen, ferner durch bürgerliche Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
3. Beschädigungen des Versicherten bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit die Heilmaßnahmen bzw. Eingriffe nicht durch einen Versicherungsfall veranlaßt waren. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen, Hornhaut gilt nicht als solcher Eingriff;
4. Unfälle infolge von Schlag-, Krampf-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, es sei denn, daß diese Anfälle oder Störungen durch einen Versicherungsfall hervorgerufen waren;
5. Unfälle, soweit durch sie Bauch- oder Unterleibsbrüche irgendwelcher Art, Wasserbrüche, Unterschenkelgeschwüre, Krampfadern, Darmverschlingungen oder Darmverschließungen, Entzündungen des Blinddarms oder seiner Anhänge herbeigeführt oder verschlimmert worden sind;
6. Unfälle, die der Versicherte erleidet, nachdem er von Geisteskrankheit, völliger Blindheit oder völliger Taubheit, von einer Lähmung durch Schlaganfall, von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen oder durch Unfall oder Krankheit mehr als 60 Prozent dauernd arbeitsunfähig geworden ist. Für die Bemessung der Invalidität durch Unfall gelten die Bestimmungen des § 11, Ziffer II.

§ 4. Gefahränderung. Sondergefahren.

1. Aenderungen in der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Solche Aenderungen sind ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung, sofern die Gesellschaft für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt.

a) Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif der Gesellschaft eine niedrigere Prämie, so ist vom nächsten Fälligkeitstage ab nur diese zu zahlen.

b) Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer eines Monats von dem Zeitpunkt an, an dem der Gesellschaft die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die erhöhte Gefahr der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein auf die erhöhte Gefahr zurückzuführender Versicherungsfall nach dem Ablauf dieses Monats ein, ohne daß inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erzielt worden wäre, so bemessen sich die Leistungen der Gesellschaft nach den im Verhältnis der neuerdings erforderlichen zu der bisherigen Prämie herabgesetzten Versicherungssummen.

2. Eine Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen des Ver-

sicherten ist ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung. Die Bestimmungen des § 3, Ziffer 6 und § 7 werden hierdurch jedoch nicht berührt.

3. A. Die Versicherung erstreckt sich ohne weiteres auf Unfälle, welche der Versicherte erleidet:

- a) als Fluggast eines Verkehrsflugzeuges, das sich im Dienste eines behördlich genehmigten Luftverkehrsunternehmens auf einem planmäßigen Streckenflug oder einem Rundflug befindet;
- b) als Fahrgast eines Luftschiffes der Zeppelin-Gesellschaft.

B. In Abänderung des § 5 gilt diese Ausdehnung jedoch nur innerhalb der Grenzen Europas; sie ist ferner innerhalb der vereinbarten Versicherungssummen auf folgende Höchstbeträge begrenzt:

- RM. 100 000.— für den Fall des Todes.
- „ 100 000.— für den Fall der Invalidität (Kapital- oder Rentenzahlung),
- „ 10 000.— feste Rente,
- „ 100.— Tagegeld für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit
- „ 1 000.— für Heilkosten.

C. Für jede weitere Ausdehnung des Versicherungsschutzes bei Luftfahrten ist besondere Vereinbarung erforderlich.

4. Besondere Vereinbarung ist erforderlich für die Ausdehnung der Versicherung auf Unfälle beim Motorradfahren oder Mitfahren auf Motorrädern, oder im Beiwagen ferner auf Unfälle bei Beteiligung an Preis-, Wettbewerbs-, Zuverlässigkeits- und Tourenfahrten mit Kraftfahrzeugen, sofern es bei diesen Fahrten auf Erzielung einer Höchst- oder Durchschnittsgeschwindigkeit oder Zuverlässigkeit ankommt, sowie bei Trainingsfahrten auf der Rennstrecke.

5. Für den Eintritt in die Wehrmacht, und für den Kriegsdienst gelten die Vorschriften des § 21.

§ 5. Örtliche Geltung.

Die Versicherung umfaßt Unfälle, die sich ereignen:

innerhalb der Grenzen Europas,

bei Seereisen auf dem Atlantischen Ozean bis 15° westlich von Greenwich zwischen dem 35. und 72. Grade nördlicher Breite, auf dem Mittelländischen, dem Schwarzen und dem Kaspischen Meer, einschl. der außereuropäischen Hafenstädte an diesen Meeren,

in Algier und Tunis, in Aegypten bis zum 25. Breitengrade, in Kleinasien und Palästina,

auf Madeira und auf der direkten Seereise von einem europäischen Hafen nach dieser Insel und zurück.

§§ 6—8. Leistungen der Gesellschaft.

§ 6. Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Invalidität. Tod.

I. 1. Im Falle der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird während der Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grade der Beeinträchtigung abgestuft (vgl. § 11, Ziffer I).

2. Wird geltend gemacht, daß die Arbeitsfähigkeit auch nach Abschluß der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt sei, so sind weitere Leistungen der Gesellschaft davon abhängig, daß die Fortdauer der Beeinträchtigung von zwei zu zwei Wochen ärztlich bescheinigt wird, sofern der behandelnde Arzt nicht längere Zwischenräume für zweckmäßig hält. Die Kosten dieser Bescheinigungen hat der Versicherte zu tragen.

3. Ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt worden, so werden während der Dauer der ärztlichen Behandlung deren notwendige Kosten bis zu $\frac{1}{4}$ des versicherten Tagegeldes ersetzt.

4. Die in Ziffer 1—3 aufgeführten Leistungen werden höchstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet, gewährt.

II. Ergibt sich innerhalb eines Jahres, vom Unfalltage an angerechnet, daß eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zurückbleibt, so wird Entschädigung nach der Invaliditätsfallsumme und dem Invaliditätsgrade gewährt (vgl. § 11, Ziffer II).

Ein Anspruch auf Invaliditätsentschädigung ist spätestens innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres anzumelden und unter Vorlage einer ärztlichen Attestes zu begründen.

III. Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet, der Tod ein, so wird Entschädigung nach der Todesfallsumme geleistet. Auf die Todesfallentschädigung werden die gemäß Ziffer II gezahlten Beträge angerechnet.

§ 7. Einschränkung der Leistungspflicht.

1. Haben zur Herbeiführung der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, der Invalidität oder des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, so wird die Versicherungsleistung im Verhältnis des auf diese Mitwirkung entfallenden Anteils gekürzt. Dieser Anteil bleibt jedoch unberücksichtigt, wenn er weniger als 25 % beträgt.

2. Bei Blutungen aus inneren Organen, sowie bei Störungen im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane wird eine Leistung nur gewährt, wenn diese Schäden ausschließlich durch einen Versicherungsfall, ohne Mitwirkung einer inneren Erkrankung verursacht sind.

3. War der Versicherte schon vor Eintritt des Versicherungsfalls durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd beeinträchtigt, so wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität der vorher bereits vorhanden gewesene Invaliditätsgrad abgezogen, soweit nicht für den Verlust der Sehkraft und des Gehörs in § 11, Ziffer II A, 1 b abweichende Bestimmungen getroffen sind.

Eine dauernde Beeinträchtigung ist ohne weiteres anzunehmen, wenn Körperteile bereits vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren, verkrüppelt, verstümmelt oder gebrauchsunfähig gewesen sind. Der Grad der hierdurch bedingten Invalidität wird unter entsprechender Anwendung der Vorschriften des § 11, Ziffer II A, 1 a, 2 und 3 berechnet.

4. Für psychische und nervöse Störungen, durch welche im Anschluß an einen Unfall die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, wird eine Entschädigung nur gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine im Anschluß an den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

§ 8. Nebenleistungen.

Neben den in den §§ 6 und 7 aufgeführten Leistungen übernimmt die Gesellschaft:

1. alle notwendigen Kosten, die durch die Erfüllung der im § 9, Ziffer 6 aufgeführten Obliegenheiten erwachsen;
2. Die Kosten der sonst von der Gesellschaft zugezogenen oder befragten Aerzte, dagegen die Gebühren für die zur Begründung des Versicherungsanspruches erforderlichen Zeugnisse nur bis zum Betrage des versicherten Tagesgeldes oder, falls Tagesgeld nicht versichert ist, bis zu $1\frac{0}{100}$ der Invaliditätsfallsumme oder bei Versicherung einer festen Rente (§ 22, I B) bis zu 1 % dieser Rente; etwaige Mehrkosten hat der Versicherungsnehmer zu tragen;
3. Die Kosten der von der Gesellschaft angeordneten Besichtigung und Oeffnung der Leiche.

II. Der Versicherungsfall (§§ 9—14).

§ 9. Anzeige. Arzthilfe.

Ist ein Unfall eingetreten, so sind der Gesellschaft gegenüber folgende Obliegenheiten zu erfüllen:

1. Der Unfall ist unverzüglich anzuzeigen (§ 20).
2. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies dem Vorstand der Gesellschaft binnen 24 Stunden telegraphisch anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist. Die Gesellschaft hat das Recht, durch einen von ihr beauftragten Arzt die Leiche besichtigen und öffnen zu lassen.
3. Spätestens am vierten Tage nach dem Unfall ist ein staatlich zugelassener Arzt (Aerztin) zuzuziehen; die ärztliche Behandlung ist bis zum Abschluß des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für angemessene Krankenpflege, sowie überhaupt nach Möglichkeit für Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
4. Binnen einer Woche nach Zustellung des von der Gesellschaft zu liefernden Vordrucks für Schadenanzeigen ist dieser sorgfältig auszufüllen und ihr zuzusenden; außerdem sind alle weiter verlangten sachdienstlichen Auskünfte zu erteilen.

5. Der behandelnde Arzt ist zu veranlassen, auf den Vordrucken der Gesellschaft alsbald einen Bericht über den Schadenfall und nach Abschluß der ärztlichen Behandlung einen Schlußbericht zu erstatten; außerdem ist dafür Sorge zu tragen, daß alle etwa weiter noch von der Gesellschaft eingeforderten Berichte des behandelnden Arztes geliefert werden.

Die behandelnden Aerzte, auch diejenigen, von denen der Verletzte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen, der Gesellschaft auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

6. a) Der Verletzte ist verpflichtet, sich, sofern dies sein Zustand erlaubt, den von der Gesellschaft bezeichneten Aerzten zur Untersuchung zu stellen. Im Falle der aufgeschobenen Kapitalzahlung (§ 14, Ziffer I, 2, Abs. a) hat er sich auf Verlangen der Gesellschaft von sechs zu sechs Monaten einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung zu unterwerfen.

b) Den von der Gesellschaft beauftragten Aerzten ist jederzeit Zutritt zum Verletzten und dessen Untersuchung zu gestatten.

c) Den von diesen Aerzten nach gewissenhaftem Ermessen zur Förderung der Heilung getroffenen sachdienlichen Anordnungen ist Folge zu leisten. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, daß die Behandlung oder Untersuchung des Verletzten in einer Heilanstalt angeordnet wird, wobei dem Versicherten nichts Unbilliges zugemutet werden darf.

§ 10. Rechtsverlust.

Wird eine Obliegenheit verletzt, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles der Gesellschaft gegenüber zu erfüllen ist, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, oder daß sie nachweislich der Gesellschaft keinerlei Nachteil gebracht hat.

§§ 11—14. Feststellung und Auszahlung der Entschädigung.

§ 11. Maßstäbe für den Grad der Arbeitsunfähigkeit.

I. Im Falle vorübergehender Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung die Berufstätigkeit und Beschäftigung des versicherten maßgebend.

II. Im Falle dauernder Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sind für die Bemessung des Invaliditätsgrades die nachfolgenden Bestimmungen maßgebend:

A. 1. Als feste Invaliditätsgrade werden unter Ausschluß des Nachweises eines höheren oder geringeren Grades angenommen:

a) bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder einer Hand	60 Proz.
eines Beines oder eines Fußes	50 „
eines Daumens	20 „
eines Zeigefingers	10 „

eines anderen Fingers	5	Proz.
einer großen Zehe	5	„
einer anderen Zehe	2	„
b) bei gänzlichem Verlust der Sehkraft beider Augen . . .	100	„
bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges . . .	30	„
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50	„
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren.	60	„
bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf einem Ohr . . .	15	„
sofern jedoch das Gehör auf dem anderen Ohre vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	30	„

2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

3. Bei dem Verlust oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden die sich nach Ziffer 1 und 2 ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, jedoch nie mehr als 100 % angenommen.

B. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach vorstehendem nicht bestimmen, so wird bei Bemessung desselben in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch eine Tätigkeit zu erzielen, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann.

§ 12. Parteierklärung. Ordentliches Gericht.

1. Die Gesellschaft ist verpflichtet, sich, soweit Tagegeld oder Todesfallsumme beansprucht werden, spätestens binnen eines Monats, soweit Invaliditätsentschädigung beansprucht wird, binnen dreier Monate darüber zu erklären, ob und inwieweit eine Entschädigungspflicht anerkannt wird. Die Fristen beginnen je mit Eingang der Unterlagen, die der Ansprucherhebende zur Feststellung des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, sowie zum Nachweis des Abschlusses des Heilverfahrens beizubringen hat.

2. a) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, ob und in welchen Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Aerktekommision (§13); für alle sonstigen Streitpunkte sind die ordentlichen Gerichte (§ 19) zuständig.

b) In den der Aerktekommision vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate, nachdem ihm die Erklärung der Gesellschaft zugegangen ist, Widerspruch zu erleben und binnen eines Monats nach Erhebung des Widerspruchs eine Kommissionsentscheidung zu beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie von der Gesellschaft anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat die Gesellschaft in ihrer Erklärung hinzuweisen.

Das Recht, Kommissionsentscheidung zu beantragen, steht auch der Gesellschaft zu.

§ 13. Ärztekommision.

I. **Zusammensetzung.** Die Kommission setzt sich regelmäßig zusammen aus zwei Aerzten, von denen jede Partei einen benennt, und aus dem für den Wohnort des Verletzten zuständigen Kreis-, Amts- oder Bezirksarzt als Obmann. Ist dieser behandelnde Arzt oder behinder, so tritt an seine Stelle der beamtete Arzt eines Nachbarbezirkes.

Zum Obmann kann auf Verlangen einer Partei anstelle des beamteten Arztes der leitende Arzt einer öffentlichen Heilanstalt oder ein deutscher Hochschullehrer berufen werden. In den Fällen des § 7, Ziffer 4 soll der Obmann ein hervorragender Nervenarzt oder Psychiater sein. Die Benennung der vorbezeichneten Aerzte ist Sache der Gesellschaft. Dem Versicherungsnehmer steht binnen zweier Wochen, nachdem ihm die Benennung zugegangen ist, das Recht der Ablehnung zu. Ist fristgemäße Ablehnung erfolgt, so wird der Obmann von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnort des Versicherten zuständigen Ärztekammer ernannt. Hat der Versicherte einen inländischen Wohnort nicht gehabt, so ist die für den Sitz der Gesellschaft zuständige Ärztekammer maßgebend.

Benennt eine Partei ihr Kommissionsmitglied nicht binnen zweier Wochen, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, so erfolgt die Ernennung dieses Kommissionsmitgliedes gleichfalls durch den Vorsitzenden der oben bezeichneten Ärztekammer.

II. **Verfahren.** Sobald die Kommission zusammengesetzt ist, hat die Gesellschaft unter Einsendung der erforderlichen Akten den Obmann um die Durchführung des Verfahrens zu ersuchen.

Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Kommissionsmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und gibt hiervon den Parteien mindestens eine Woche vor dem Termin Nachricht. Es bleibt ihm unbenommen, sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien zu wenden. In der Sitzung ist der Verletzte, soweit tunlich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Wenn er trotz rechtzeitiger Ladung nicht erscheint, aber sein Ausbleiben rechtzeitig und genügend entschuldigt hat, so ist ein neuer Termin anzuberaumen. Erscheint der Versicherte auch dann nicht, so kann die Kommission auf Grund der Akten entscheiden.

Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu beurkunden.

III. **Kosten.** Ist die Entscheidung der Ärztekommision für den Versicherten günstiger als das vor ihrem Zusammentritt erfolgte Angebot der Gesellschaft, so sind die Kosten voll von dieser zu tragen; andernfalls werden sie dem Versicherungsnehmer auferlegt, wenn nur Tagegeld strittig ist, bis zum 20 fachen Betrage des Tagegeldes, sonst bis zu 2 % der Invaliditäts- oder Todesfallsumme bezw. bei Versicherung einer festen Rente (§ 22, I B) bis zu 20 % dieser Rente.

§ 14. Zahlung der Entschädigung.

I. 1. Die Zahlung erfolgt binnen zweier Wochen, nachdem die Entschädigung gemäß §§ 12 und 13 festgestellt ist.

2. Im Falle der Invalidität steht jedoch der Gesellschaft, soweit es sich nicht um Gliedverluste handelt, das Recht zu, nach erfolgter Feststellung die Auszahlung des Kapitals auf drei Jahre, vom Abschluß der ärztlichen Behandlung angerechnet, auszusetzen.

a) Nach Ablauf dieser Frist wird die nunmehr auszahlende Kapitalentschädigung nach dem für diesen Zeitpunkt festgestellten Invaliditätsgrad bemessen. Für die Zwischenzeit werden sechs vom Hundert aus dem dem jeweils festgesetzten Invaliditätsgrad entsprechenden Kapitalbetrag entrichtet, und zwar von dem Tage an, an dem die Zahlung des Tagegeldes aufhört, oder, wenn ein solches nicht in Frage kommt, vom Tage des Abschlusses der ärztlichen Behandlung an. Die Zahlung dieser Zinsen erfolgt je nach Ablauf von drei Monaten.

b) Stirbt der Versicherte, ehe die Kapitalentschädigung gezahlt ist, so hat die Gesellschaft, sofern nicht Entschädigung für den Fall des Todes zu leisten ist, die letztmalig festgestellte Kapitalentschädigung zu zahlen.

II. Auf Verlangen des Versicherungsnehmers werden frühestens nach Ablauf je eines Monats Vorschüsse auf das Tagegeld geleistet; jedoch darf hieraus die Anerkennung einer Entschädigungspflicht weder dem Grunde noch der Höhe nach hergeleitet werden.

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 15—20).

§ 15. Antrag. Versicherungsschein.

Der Antrag auf Versicherung ist schriftlich zu stellen. Der Antragsteller, welcher persönlich für die Richtigkeit der hierbei abgegebenen Erklärungen verantwortlich ist, bleibt an seinen Antrag einen Monat lang, von der Unterzeichnung an gerechnet, gebunden.

Die Gesellschaft händigt im Falle der Annahme des Antrags dem Versicherungsnehmer einen Versicherungsschein aus, dem eine Abschrift des Antrags beigefügt ist. Der Inhalt des Vertrags bestimmt sich unter Ausschluß mündlicher Nebenabreden nach dem Versicherungsschein und seinen etwaigen Beilagen und Nachträgen. Weicht der Inhalt dieser Urkunden von demjenigen des Antrags ab, so gelten erstere als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht binnen eines Monats, nachdem er dieselben empfangen hat und auf die Abweichungen schriftlich hingewiesen worden ist, gegen ihre Richtigkeit Widerspruch erhoben hat. Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

§ 16. Rechtsverhältnis Dritter.

1. Ist die Versicherung gegen Unfälle genommen, die einem anderen zustoßen, so steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Dieser ist auch für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Vorschriften finden auf dessen Rechtsnachfolger und auf sonstige Anspruchserhebende entsprechende Anwendung.

3. Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Fest-

stellung ohne ausdrückliche Zustimmung der Gesellschaft weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 17. Prämienzahlung. Prämienverzug. Prämienrückerstattung.

1. Die Leistungspflicht der Gesellschaft beginnt, wenn nicht ein späterer Zeitpunkt im Versicherungsschein selbst bestimmt oder ein früherer Zeitpunkt von der Gesellschaft schriftlich zugesagt ist, mit der Einlösung des Versicherungsscheins durch Zahlung der Prämie nebst dem im Antrage angegebenen Kosten und etwaiger öffentlicher Abgaben, des vorauslagten Portos und einer Geschäftsgebühr¹⁾. Wird die erste Prämie erst nach dem als Beginn der Versicherung festgesetzten Zeitpunkt eingefordert, alsdann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

2. Die später fälligen Prämien sind am jeweiligen Fälligkeitstage zuzüglich etwaiger öffentlicher Abgaben, des vorauslagten Portos und einer Geschäftsgebühr¹⁾ zu entrichten. Unterbleibt die Zahlung, so ist der Versicherungsnehmer auf seine Kosten unter Hinweis auf die Folgen fortdauernden Verzugs durch einen an seine letztbekannte Adresse gerichteten Brief zur Zahlung innerhalb einer Frist von zwei Wochen aufzufordern. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der Kosten noch im Verzug, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei. Nach dem Ablauf der Frist ist die Gesellschaft, wenn der Versicherungsnehmer mit der Prämie noch im Verzug ist, berechtigt, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigt die Gesellschaft nicht, so ist Sie für die gerichtliche Geltendmachung der rückständige Prämie nebst Kosten an eine Ausschlussfrist von 6 Monaten seit Ablauf der zweiwöchigen Frist gebunden.

3. Endet das Versicherungsverhältnis infolge Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 18, Ziffer II, 1a oder b oder durch unter die Versicherung fallenden Tod des Versicherten, oder kommt das versicherte Interesse im Hinblick auf § 3, Ziffer 6 in Fortfall, so gebührt der Gesellschaft die Prämie für das laufende Versicherungsjahr, in allen übrigen Fällen der vorzeitigen Beendigung nur der Teil der Prämie, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

War die Prämie auf mehrere Jahre vorausgezahlt, so ist der Berechnung des der Gesellschaft zustehenden Betrags die Prämie zugrunde zu legen, die bei Vorauszahlung auf die Zeit, während der die Versicherung tatsächlich in Kraft war, zu zahlen gewesen wäre.

§ 18. Vertragsdauer. Kündigung.

I. Der Vertrag ist zunächst für die in dem Versicherungsschein festgesetzte Zeit abgeschlossen. Beträgt diese mindestens ein Jahr so bewirkt

1) In dem jeweiligen Betrage, der dem Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung durch geschäftsplanmäßige Erklärung der Gesellschaft bekanntgegeben ist.

die Unterlassung rechtswirksamer Kündigung eine Verlängerung des Vertrags jeweils um ein Jahr. Die Kündigung ist rechtswirksam, wenn sie spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf des Vertrags schriftlich erklärt ist; sie soll durch eingeschriebenen Brief erfolgen.

II. 1. Das Versicherungsverhältnis kann ferner gekündigt werden:

- a) wenn eine Entschädigung gezahlt worden ist,
- b) wenn es zu einem Prozeß über den Entschädigungsanspruch oder zum Zusammentritt der Kommission (§ 13) gekommen ist,
- c) wenn einer der Fälle des § 3, Ziffer 6 eingetreten ist.

2. Das Recht zur Kündigung, die seitens der Gesellschaft mit einer Frist von einem Monat, seitens des Versicherungsnehmers mit sofortiger Wirkung zu erfolgen hat, erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats ausgeübt wird. Diese Monatsfrist beginnt mit dem Tage, an dem die Entschädigung gezahlt, der Rechtsstreit durch Klagerücknahme, Anerkenntnis oder Vergleich beigelegt, das Urteil rechtskräftig geworden oder der Spruch der Kommission dem Versicherungsnehmer zugestellt ist, bezw. mit dem Tage, an dem der kündigende Teil von dem Vorliegen eines der Fälle des § 3, Ziffer 6 Kenntnis erhalten hat.

§ 19. Klagefrist. Gerichtsstand.

1. Ein von der Gesellschaft bestrittener Versicherungsanspruch ist, soweit nicht nach §12, Ziffer 2 die Aertztekommission zuständig ist, bei Meidung des Verlustes durch Erhebung der Klage binnen Frist von sechs Monaten geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Tage, an dem der Anspruchsberechtigte durch eingeschriebenen Brief unter Hinweis auf die Rechtsfolgen der Fristversäumung davon in Kenntnis gesetzt worden ist, inwieweit sein Anspruch bestritten wird.

2. Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten ist neben den gesetzlich zuständigen Gerichten das Gericht des inländischen Wohnsitzes des Versicherten zuständig.

§ 20. Anzeigen und Willenserklärungen.

Alle für die Gesellschaft bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich an den Vorstand der Gesellschaft oder an diejenige Geschäftsstelle, welche in dem Versicherungsschein oder dessen Nachträgen als zuständig bezeichnet ist, zu richten. Die Agenten sind zu deren Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

Die für den Fall des Todes vorgeschriebene telegraphische Anzeige (§ 9, Ziff. 2) darf nur an den Vorstand der Gesellschaft gerichtet werden.

IV. Sonderbestimmungen (§§ 21, 22).

§ 21. Wehrdienst.

A. Im Frieden.

1. Im Falle des Eintritts in die Wehrmacht oder eine der Wehrmacht angegliederte Formation gilt folgendes:

1. dienstliche Unfälle sind nur dann eingeschlossen, wenn hierüber eine besondere Vereinbarung getroffen wurde,

2. beide Parteien sind berechtigt, die Versicherung mit einmonatiger Frist zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt:

- a) für die Gesellschaft einen Monat nach erhaltener Kenntnis vom Eintritt in die Wehrmacht,
- b) für den Versicherungsnehmer einen Monat nach erfolgtem Eintritt.

II. Unfällen bei militärischen Reserve-Übungen sind im Rahmen dieser Bedingungen prämienvfrei in die Versicherung eingeschlossen.

B. Im Kriege.

Für den Dienst während des Krieges gelten außer den unter A getroffenen Bestimmungen noch die folgenden:

I. In dem Antrag auf Abschluß einer die Fortsetzung des Versicherungsschutzes regelnden Vereinbarung muß ein nicht zum Kriegsdienst eingezogener Bevollmächtigter bezeichnet werden.

II. Versicherten, die einem mobilen Truppenteile angehören, wird Versicherungsschutz nur für außerdienstliche Unfälle unter Ausschluß der Entschädigung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (§ 6, Ziffer I, 1 und 2) gewährt.

C. Gemeinsame Bestimmungen für A und B.

Als dienstliche Unfälle solche Unfälle, die infolge einer Dienstverrichtung oder während der Ausübung des Dienstes eingetreten oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse verursacht worden sind. Die Bestimmungen des § 3 bleiben bestehen.

§ 22. Rentenzahlung im Invaliditätsfalle.

Ist für den Fall der Invalidität vereinbart, daß die Entschädigung nicht durch einmalige Kapitalzahlung, sondern durch Entrichtung einer lebenslänglichen Rente zu erfolgen hat, so gelten folgende besonderen Bestimmungen:

- I. (Zu § 6) A. Bei Versicherung mit vom Lebensalter abhängiger Rente: Die Rente wird nach der am Schlusse der Bedingungen abgedruckten Tabelle berechnet und hierbei für Ganzinvalidität die volle, für teilweise Invalidität die dem festgesetzten Invaliditätsgrade entsprechende Invaliditätsfallsumme zugrunde gelegt.
 - B. Bei Versicherung mit gleichbleibender Rente: Bei Ganzinvalidität wird die volle versicherte Rente, bei teilweiser Invalidität die dem festgesetzten Invaliditätsgrade entsprechende Teilrente gezahlt.
- II. 1. (Zu § 9, Ziffer 6a). Der Versicherte ist verpflichtet, im Laufe der auf die erstmalige Festsetzung der Entschädigung folgenden fünf Jahre sich auf Verlangen der Gesellschaft einer Untersuchung und Begutachtung seiner Arbeitsfähigkeit durch den von der Gesellschaft beauftragten Arzt zu unterwerfen, und zwar während der ersten zwei Jahre von sechs zu sechs Monaten, dann von Jahr zu Jahr.
 2. (Zu §12). Tritt während der fünf Jahre eine Aenderung im

Zustand des Versicherten ein, so haben beide Teile das Recht, eine Aenderung der Rente zu verlangen. Die Vorschriften über Geltendmachung und Feststellung des Versicherungsanspruchs finden entsprechende Anwendung. Nach Ablauf von fünf Jahren seit erstmaliger Festsetzung der Rente findet weder eine Erhöhung noch eine Herabsetzung derselben statt.

Die Festsetzung der Rente bleibt in den ersten zwei Jahren mindestens je sechs Monate, später mindestens je ein Jahr in Kraft.

III. Die Rente wird von dem Tage an, an dem die Zahlung des Tagelohnes aufhört, oder, wenn ein solches nicht in Frage kommt, vom Tage des Abschlusses der ärztlichen Behandlung an bis zum Ende des Vierteljahres, in dem der Versicherte stirbt, entrichtet und jeweils auf den Vierteljahrsersten vorausgezahlt.

Die erstmalige Zahlung einer abgeänderten Rente (Ziffer II, 2) erfolgt auf den der Aenderung folgenden Vierteljahrsersten.

Tabelle für Versicherung mit vom Lebensalter abhängiger Rente.

Für eine Invaliditätsfallsumme von 1000 M. ergeben sich die nachstehend aufgeführten Rentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

<i>Alter</i>	Betrag der Rente	<i>Alter</i>	Betrag der Rente	<i>Alter</i>	Betrag der Rente
Jahre	RM.	Jahre	RM.	Jahre	RM.
bis 20	54,17	36	63,71	52	82,86
21	54,55	37	64,58	53	84,59
22	54,95	38	65,47	54	86,42
23	55,36	39	66,40	55	88,48
24	55,80	40	67,37	56	90,36
25	56,27	41	68,43	57	92,51
26	56,77	42	69,42	58	94,79
27	57,31	43	70,51	59	97,23
28	57,88	44	71,64	60	99,86
29	58,49	45	72,84	61	102,66
30	59,14	46	74,08	62	105,69
31	59,83	47	75,38	63	108,91
32	60,56	48	76,74	64	112,38
33	61,30	49	77,99	65	116,12
34	62,08	50	79,66	66	
35	62,87	51	81,21	und darüber	120.—

§ 23. Heilkosten-Ersatz.

Bei Mitversicherung von Heilkosten gilt folgende Bestimmung: Ausser der auf Grund der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu leistenden Entschädigung werden im Versicherungsfalle die für die Behebung der Unfallfolgen innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens (Arzthonorare, soweit sie nach der amtlichen Medizinaltaxe unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandzeug, Verbringung zum Arzt oder in eine Heilanstalt, Behandlung und Verpflegung daselbst und für Röntgenaufnahmen) und für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrage für jeder Versicherungsfall ersetzt.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

BIJLAGE 2.

OOSTENRIJKSCHE MODEL-VERZEKERINGS- VOORWAARDEN (1935).

ter kennis van de maatschappijen gebracht bij besluit van het „Bundeskanzleramt“ van 26 Jan. 1935 (Zl. 95. 980—12/35). (Blijkens informatie April 1938 nog van kracht).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung.

Vorbemerkung: In jenen Absätzen, bzw. Sätzen, welchen Paragraphen-Nummern des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (V. V. G.) beigesetzt sind, werden zur Information der Versicherungsnehmer die praktisch wichtigsten Bestimmungen dieses Gesetzes, zum Teile in gekürzter Fassung, mitgeteilt.

Begriff des Unfalles.

Art. 1. 1. Als Unfall im Sinne dieses Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch auf seinen Körper einwirkend, in unmittelbarer Folge dessen Tod oder bleibende oder vorübergehende Invalidität nach sich zieht. Verbrennung, Gasausströmung und elektrischer Schlag werden der mechanischen Einwirkung gleichgehalten.

2. Die Versicherung erstreckt sich demnach insbesondere nicht auf psychische Einwirkung, Witterungs- und Temperatureinflüsse, Strahlungswirkung (Sonnenlicht, Röntgen-, Radium- und dergl.), Vergiftungen, Infektionen, Ueberanstrengungen. Dagegen sind Muskelzerrungen, Verrenkungen und Verhebungen, die durch ein unvorhergesehenes äußeres Ereignis (Abs. 1) entstanden sind, sowie Blutvergiftungen in unmittelbarer Folge eines gleichzeitig erlittenen Unfalles in die Versicherung eingeschlossen.

Zeitliche Begrenzung der Haftung.

Art. 2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die Folgen des Unfalles erst nach Ablauf eines Jahres eintreten.

Sachliche Begrenzung der Haftung.

Art. 3. 1. Der Versicherer haftet, wenn die Folgen des Unfalles durch eine mit dem Unfälle nicht zusammenhängende Krankheit oder krankhafte Veränderung beeinflusst sind, nur für die Folgen,

wie sie ohne diesen Einfluß eingetreten wären; er haftet nicht, wenn dieser Einfluß überwiegt.

2. Schlag-, Krampf- und epileptische Anfälle und deren Folgen, Eingeweidebrüche (Hernien), Darmverschließungen, Entzündungen des Blinddarmes und seiner Anhänge, Krampfadernverletzungen, Krankheitsübertragung durch Insektenstich gelten in keinem Falle als Unfall oder Unfallsfolge.

3. Der Versicherer haftet nicht:

- a) für Unfälle, die sich nach Eintritt eines der folgenden krankhaften Zustände ereignen: Bewußtseinstörung, Krampf, Lähmung, Ohnmachts- oder Schwindelanfall;
- b) für Unfälle bei chirurgischen Operationen, auch bei kleinen operativen Eingriffen, wie Hühneraugenschneiden, gleichviel von wem dieselben vorgenommen werden.

4. Der Versicherer haftet ferner nicht:

- a) für Unfälle, welche der Versicherte durch Zuwiderhandeln gegen behördliche Sicherheitsvorschriften, bei Begehung strafgesetzwidriger Handlungen, im Zweikampf, im Raufhandel oder in der Trunkenheit erleidet;
- b) für Unfälle bei akrobatischen und equilibristischen Uebungen, bei Jagden zu Pferde, bei Wettrennen, Wettfahren und sonstigen Preis- oder Wettübungen, sowie bei allen Arten gefährlicher Wagnisse, es sei denn, daß das Wagnis zur Rettung von Menschenleben unternommen wurde;
- c) für Unfälle durch Erdbeben, Kriegsereignisse, durch Aufruhr, Aufstand und sonstige gewalttätige Unruhen;
- d) für Unfälle im Militärdienst, sowie während der Betätigung in Wehrformationen; vom Tage der an den Versicherer über die Einrückung erstatteten Anzeige bis zur Beendigung dieses Dienstes wird keine Prämie gerechnet.

Art. 4. Der Versicherer haftet nur bei besonderer Vereinbarung:

- a) für Unfälle bei Ausübung eines anderen als des im Vertrage bezeichneten Berufes oder Gewerbes;
- b) für Unfälle bei Ausübung eines Sportes, auch beim nichtsportlichen Radfahren, Rodeln, Skilaufen, Segeln, Reiten und Selbstkutschieren, ferner für Unfälle bei Benützung von Kraftfahrzeugen jeder Art, von Flugzeugen, Luftschiffen und Tauchbooten. Doch sind ohne weiteres in die Versicherung eingeschlossen: Unfälle beim Turnen, Eislaufen, Fischen (ausgenommen Fischen auf dem Meere) und bei leichten Bergtouren, die in der Regel auch von Ungeübten unternommen werden, ferner Unfälle bei Benützung eines dem öffentlichen Verkehr dienenden Kraftfahrzeuges und bei nur gelegentlicher Mitbenützung fremder Kraftwagen, die von einem mit dem behördlichen Führerschein versehenen Führer und nicht vom Versicherungsnehmer, beziehungsweise Versicherten (Art. 9) selbst gelenkt werden endlich Unfälle bei Wasserfahrten, die in Begleitung einer erwachsenen Person unternommen werden, jedoch mit Ausschluß von Faltbootfahrten.

Örtliche Begrenzung der Haftung.

Art. 5. Die Versicherung gilt für Europa mit Einschluß von Fahrten auf Passagierdampfern regulärer Linien zwischen europäischen Hafentplätzen oder zwischen solchen und afrikanischen oder asiatischen Hafentplätzen des Mittelländischen und Schwarzen Meeres.

Schuldhaftes Herbeiführung des Unfalles.

Art. 6. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der von dem Unfälle Betroffene den Unfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt hat. (§ 158. 1, Satz 1. V. V. G.)

Angabe der Gefahrumstände beim Vertragsabschlusse.

Art. 7. 1. Wenn der Versicherungsnehmer bei dem Abschlusse des Vertrages Fragen über erhebliche Gefahrumstände, die an ihn vom Versicherer mittels eines Fragebogens oder sonst in schriftlicher Form bestimmt und unzeideutig gerichtet worden sind, unrichtig oder unvollständig beantwortet hat, so kann der Versicherer vom Vertrage zurücktreten. Jeder Gefahrumstand, nach dem der Versicherer derart gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. (§ 3, Abs. 1, 3, V. V. G.)

2. Ist nicht in der bezeichneten Art oder ist überhaupt nicht gefragt worden, so kann der Versicherer nur zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer einen erheblichen Gefahrumstand arglistig verschwiegen oder aus grober Fahrlässigkeit unrichtig angegeben hat. (§ 3, Abs. 2, V. V. G.)

3. Der Rücktritt muß vom Versicherer binnen Monatsfrist, nachdem er von dem Mangel der Angaben Kenntnis erlangt hat, schriftlich erklärt werden. (§ 6, V. V. G.). Durch die Rücktrittserklärung wird der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, auch wenn der Unfall vorher eingetreten ist.

4. Der Rücktritt ist insbesondere ausgeschlossen, wenn der Versicherer bei der Annahme des Antrages von dem Mangel der Angaben Kenntnis hatte oder haben mußte oder wenn dem Versicherungsnehmer ein Verschulden an der unrichtigen oder unvollständigen Beantwortung (Abs. 1) nicht zur Last fällt oder wenn der verschwiegene oder unrichtig oder unvollständig angegebene Gefahrumstand weder den Eintritt des Versicherungsfalles noch den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflußt hat, es sei denn, daß in letzterem Falle dem Versicherungsnehmer Arglist zur Last fällt. (§ 4 V. V. G.)

Schriftliche Form der Erklärungen beider Teile.

Art. 8. 1. Für alle Anzeigen und Erklärungen, die auf Grund des Gesetzes oder des Vertrages dem Versicherer gegenüber vom Versicherungsnehmer oder von einem Dritten zu machen sind, wird die schriftliche Form bedungen.

2. Alle in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorbehaltenen sowie alle etwa von diesen Bedingungen abweichenden

oder sonstigen besonderen Vereinbarungen sind nur dann gültig, wenn hierüber eine schriftliche Erklärung des Versicherers erfolgt ist.

Versicherung anderer Personen.

Art. 9. 1. Bei einer Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen — sie gilt im Zweifel als für fremde Rechnung genommen —, kommt, soweit nach den Vorschriften des Gesetzes das Verhalten und die Kenntnis des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, auch das Verhalten und die Kenntnis des andern in Betracht. (§§ 155, 71, Satz 1, V. V. G.) Insbesondere hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles dem Versicherer gegenüber dieselben Pflichten zu erfüllen wie der Versicherungsnehmer.

2. Der Versicherungsnehmer kann bei der Versicherung für fremde Rechnung über die Rechte, die dem Versicherten aus dem Verträge zustehen, im eigenen Namen verfügen und ist zur Annahme der Zahlung und zur Uebertragung der Rechte ohne Zustimmung des Versicherten befugt, selbst wenn er nicht im Besitze der Versicherungsurkunde ist; doch kann der Versicherer die Leistung an den Versicherungsnehmer davon abhängig machen, daß ihm die Zustimmung des Versicherten zur Versicherung und zur Empfangnahme der Zahlung nachgewiesen wird.

3. Der Versicherte kann über seine Rechte aus dem Versicherungsverhältnisse nicht verfügen, selbst wenn er im Besitze der Versicherungsurkunde ist, und die Zahlung nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers vom Versicherer verlangen, soweit dieser nicht bereits an den Versicherungsnehmer gezahlt hat.

Prämienzahlung. Nebengebühren.

Art. 10. Die Prämie wird nach ganzen Jahren bemessen; als Versicherungsperiode im Sinne des Gesetzes gilt daher der Zeitraum eines Jahres (§ 23, Abs. 4, V. V. G.).

2. Der Versicherungsnehmer hat die einmalige oder wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie einschließlich der Nebengebühren (Abs. 5) in dem Zeitpunkte zu bezahlen, welcher für den Beginn der Versicherung in der Versicherungsurkunde festgesetzt ist.

3. Wird diese Zahlung nicht rechtzeitig geleistet, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Verträge zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Verfalltage gerichtlich geltend gemacht wird. Ist die Prämie zur Zeit des Unfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß er den Prämienanspruch gerichtlich geltend gemacht und nicht nachher, jedoch vor Eintritt des Unfalles, auf ihn verzichtet hat (§ 28 V. V. G.).

4. Die Folgeprämien einschließlich der Nebengebühren sind am ersten Tage des Jahres oder Jahresabschnittes, für die sie bestimmt sind, fällig. Wird die Zahlung nicht am Verfalltage geleistet, so ist der Versicherungsnehmer auf seine Kosten zur Zahlung schriftlich unter Bekanntgabe der

Rechtsfolgen eines weiteren Zahlungsverzuges aufzufordern, wobei ihm eine Nachfrist von einem Monat zu bestimmen ist. Diese Aufforderung kann unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer frühestens acht Tage vor dem Verfalltag unter Bekanntgabe der Rechtsfolgen eines Zahlungsverzuges an die Zahlung schriftlich erinnert und ihm eine vom Verfalltage laufende Nachfrist von einem Monate gewährt worden ist. Ist der Versicherungsnehmer beim Ablaufe der Nachfrist mit der Zahlung im Verzuge, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, den Vertrag ohne Kündigungsfrist kündigen. Es gilt als Kündigung, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate nach Ablauf der Nachfrist gerichtlich geltend gemacht wird. Tritt der Unfall nach dem Ablaufe der Nachfrist ein und ist zur Zeit des Eintrittes der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß er den Prämienanspruch gerichtlich geltend gemacht und nicht nachher, jedoch vor Eintritt des Unfalles, auf ihn verzichtet hat (§ 29, V. V. G.).

5. Unter den Nebengebühren sind die in der Versicherungsurkunde berechneten Schreib- und Manipulationsgebühren sowie die bestehenden oder erst während der Vertragsdauer hinzutretenden, vom Versicherungsvertrage zu entrichtenden oder nach den Prämien oder Versicherungssummen bemessenen öffentlichen Gebühren und Abgaben aller Art, ferner im Falle des Abs. 4 die Kosten der Aufforderung zur Prämienzahlung verstanden. Der Versicherungsnehmer hat auch die Schreibgebühren für die Nachträge zur Versicherungsurkunde sowie die nach den Entschädigungsbeträgen jeweils zu entrichtenden öffentlichen Gebühren und Abgaben zu vergüten.

6. Die Prämien sind an jene Geschäftsstelle des Versicherers, welche die Versicherungsurkunde ausgestellt hat, oder an jenen Agenten zu zahlen, bei welchen die Versicherungsurkunde zur Verfügung gestellt wurde. Die Zahlung von Folgeprämien an den Agenten kann jedoch nur dann wirksam erfolgen, wenn er sich im Besitze der vom Versicherer ausgestellten Prämienquittung befindet.

Anzeige der Gefahrerhöhungen.

Art. 11. 1. Die nachstehenden Aenderungen der Gefahr werden als Gefahrerhöhungen bezeichnet und deren Anzeige vereinbart (§§162, 135 V. V. G.):

- a) Wenn der Versicherungsnehmer an Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Syphilis, Epilepsie, Krebs oder einer anderen bösartigen Neubildung, an Gicht, Gelenksrheumatismus, einem chronischen Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren-, Unterleibs-, Nerven- oder Rückenmarksleiden, an einer wenn auch nur vorübergehenden Geistesstörung erkrankt, wenn er einen Schlaganfall oder einen Anfall von delirium tremens erleidet, das Seh-, Sprech- oder Hörvermögen ganz oder teilweise verliert, wenn er hochgradig kurzsichtig wird oder wenn ein Fall von bleibender Invalidität im Sinne des Art. 15 eintritt;
- b) wenn der Versicherungsnehmer von bloß kaufmännischer oder Kanzlei-Tätigkeit zur Tätigkeit im technischen Betriebe oder Außendienste

oder zur Reisetätigkeit (bei Militärpersonen zum Truppendienste), von bloß leitender zu aufsichtführender Tätigkeit oder von einer dieser beiden Tätigkeiten zu körperlicher Arbeit oder Mitarbeit übergeht oder wenn die Aenderung dahin geht, daß er fortan mit Maschinen, Sägen, Geschützen, Fuhrwerk, Reit-, Nutz- oder Lasttieren, auf Bauten, Gerüsten, in Tunnels, Bergwerken, Steinbrüchen, Stallungen, Kellereien oder an Orten zu tun hat, wo Explosivstoffe erzeugt, verwendet oder gelagert werden.

Bezüglich der Unfälle bei Ausübung eines anderen als des im Vertrage bezeichneten Berufes oder Gewerbes vergleiche Art. 4a).

2. Der Versicherungsnehmer hat alle nach Abschluß des Vertrages oder in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages eintretenden Gefahrerhöhungen der in Abs. 1 bezeichneten Art dem Versicherer anzuzeigen, und zwar solche, welche ohne sein Zutun herbeigeführt worden sind oder die herbeizuführen oder zu gestatten er durch von seinem Willen unabhängige Umstände genötigt worden ist (nichtgewollte Gefahrerhöhungen), unverzüglich, nachdem er von ihrem Eintritte Kenntnis erlangt hat, alle übrigen noch vor ihrem Eintritt. Unterläßt er die rechtzeitige Anzeige, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß dem Versicherungsnehmer an der Unterlassung oder Verspätung der Anzeige ein Verschulden nicht zur Last fällt oder daß die Erhöhung der Gefahr weder den Eintritt des Versicherungsfalles noch den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflußt hat (siehe auch Abs. 4). (§§ 34, Abs. 1, 2 (Zahl 1 und 2), 37 V. V. G.).

3. Ist eine solche Gefahrerhöhung eingetreten, so kann der Versicherer binnen Monatsfrist, nachdem er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt hat, den Vertrag kündigen, und zwar, wenn eine nichtgewollte Gefahrerhöhung vorliegt, mit einmonatiger Kündigungsfrist, sonst ohne Kündigungsfrist (§ 33, Abs. 2 bis 4 V. V. G.).

4. Die Befreiung des Versicherers von der Leistungspflicht gemäß Abs. 2 tritt nicht ein, wenn beim Eintritte des Unfalles die Frist für die Ausübung des Kündigungsrechtes des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist und falls eine nichtgewollte Gefahrerhöhung vorliegt, auch dann nicht, wenn der Unfall früher als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen (§ 34, Abs. 2 (Zahl 3 und 4), V. V. G.).

Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles.

Art. 12. 1. Voraussetzung der Geltendmachung des Entschädigungsanspruches ist die Beibringung der ärztlichen Berichte, und zwar:

- a) über den Eintritt eines Unfalles der in Artikel 1 bezeichneten Art;
- b) über den Abschluß des Heilverfahrens (§ 161, Abs. 1, V. V. G.).

Der Versicherer ist berechtigt, die Kosten dieser ihm vom Arzt unmittelbar zukommenden Berichte (Abs. 2) von der Entschädigungssumme abzuziehen.

2. Der Versicherungsnehmer, im Falle des Artikels 9 auch der Versicherte, ist verpflichtet:

- a) unverzüglich nach Eintritt des Unfalles einen approbierten Arzt zuzuziehen und für dauernde ärztliche Behandlung und nötige Pflege wie auch sonst für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalles nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird (§ 160 V. V. G.);
- b) den Eintritt des Unfalles unverzüglich, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, dem Versicherer anzuzeigen (§ 39, Abs. 1, V. V. G.). Die Anzeige hat Ort, Zeit, Hergang und Art des Unfalles und den Namen des behandelnden Arztes zu enthalten, der gleichzeitig zur unmittelbaren Erstattung der in Abs. 1 bezeichneten Berichte an den Versicherer — nach Einsichtnahme durch den Versicherungsnehmer — zu ermächtigen ist;
- c) dem Versicherer auf Verlangen jede zur Feststellung des Unfalles oder des Umfanges der Leistung des Versicherers erforderliche Auskunft zu erteilen (§ 39, Abs. 2, V. V. G.), insbesondere.
- aa) die Fragen, die an ihn vom Versicherer mittels eines Fragebogens gerichtet werden, binnen acht Tagen zu beantworten, wenn nicht schon die Anzeige unter Beantwortung eines solchen Fragebogens erfolgt ist,
- bb) den etwaigen Eintritt des Todes unverzüglich oder mindestens so rasch (wenn tunlich telegraphisch) mitzuteilen, daß es dem Versicherer möglich ist, noch vor der Beerdigung eine ärztliche Untersuchung, allenfalls die Obduktion der Leiche zu veranlassen;
- d) dem Versicherer die zur Feststellung des Unfalles und seiner Folgen erforderlichen Erhebungen zu gestatten (§ 39, Abs. 2, V. V. G.), insbesondere
- aa) die Aerzte, in deren Behandlung der Versicherte steht oder früher gestanden ist, zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft über die Gesundheitsverhältnisse des Versicherten zu erteilen,
- bb) auf Verlangen der Versicherers die Untersuchung des Versicherten durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt zulassen und allenfalls, soweit es billigerweise verlangt werden kann, in eine klinische Beobachtung einzuwilligen,
- cc) auf Verlangen des Versicherers in die Besichtigung, Obduktion, allenfalls auch Exhumierung der Leiche des Versicherten einzuwilligen;
- e) die vom Versicherer im Zuge der Erhebungen etwa beforderten Belege z.B. Abschriften von behördlichen Protokollen, Röntgen- und sonstige Lichtbilder, ärztliche Zwischenberichte (vergl. dagegen oben Abs. 1) gegen Vergütung der Barauslagen beizubringen, insoweit ihm deren Beschaffung billigerweise zugemutet werden kann (§ 39, Abs. 3, V. V. G.).
3. Steht das Recht auf die Leistung einem Dritten zu, so liegt diesem die Anzeigepflicht ob; das Gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen (§§ 162, 140 V. V. G.).
4. Alle schriftlichen und mündlichen Angaben, die der zur Erfüllung

der Obliegenheiten Verpflichtete dem Versicherer macht, muß er richtig und vollständig machen.

5. Die Verletzung einer der dem Versicherer gegenüber nach den vorstehenden Bestimmungen zu erfüllenden Obliegenheiten hat den Verlust des Rechtes auf die Leistung des Versicherers zur Folge. Diese Rechtsfolge tritt nicht ein, wenn dem zur Erfüllung der Obliegenheit Verpflichteten weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt oder wenn die Verletzung weder die Feststellung des Unfalles noch die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung beeinflußt hat. (§ 32, Abs. 3, V. V. G.).

Feststellungskosten.

Art. 13. Die Kosten der Erhebungen zur Feststellung des Unfalles und zur Schadensermittlung fallen dem Versicherer zur Last, soweit sie nicht durch unrichtige Angaben des Versicherungsnehmers verursacht worden sind. (§§ 162, 58, Abs. 1, V. V. G.). Dasselbe gilt bei unrichtigen Angaben des Versicherten (Art. 9) und des Dritten (Art. 12, Abs. 2).

Umfang und Höhe der Entschädigung.

a) *Im Todesfalle.*

Art. 14. Im Falle des Todes wird die hiefür vereinbarte Versicherungssumme abzüglich der etwa vorher nach den Art. 15 und 16 für bleibende Invalidität geleisteten Entschädigungen gezahlt.

b) *Im Falle der bleibenden Invalidität.*

Art. 15. 1. Es werden zwei Grade der bleibenden Invalidität unterschieden, und zwar:

I. Ganz-Invalidität, welche mit der vollen für bleibende Invalidität vereinbarten Versicherungssumme entschädigt wird.

II. Teil-Invalidität, welche mit einem Teile der für bleibende Invalidität vereinbarten Versicherungssumme bis höchstens 60 % derselben entschädigt wird.

2. Als Ganz-Invalidität gilt nur der gänzliche Verlust beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füße, eines Armes und eines Fußes, einer Hand und eines Fußes, der Sehkraft beider Augen, sowie die gänzliche und unheilbare Geistesstörung, die jede Arbeitsverrichtung oder Beschäftigung unmöglich macht.

3. Die Entschädigung für Teil-Invalidität wird nach folgenden Bestimmungen bemessen:

a) Die Entschädigung beträgt

für den gänzlichen Verlust	
des rechten Armes oder der rechten Hand	60 %
des linken Armes oder der linken Hand	50 %
eines Beines oder Fußes	50 %
der Sehkraft eines Auges	25 %
des Daumens der rechten Hand	18 %
des Daumens der linken Hand	16 %
des Zeigefingers der rechten Hand	14 %

des Zeigefingers der linken Hand	12 %
des Kleinfingers der rechten Hand	12 %
des Kleinfingers der linken Hand	10 %
des Mittelfingers der rechten Hand	8 %
des Mittelfingers der linken Hand	6 %
des Ringfingers der rechten Hand	8 %
des Ringfingers der linken Hand	6 %
der großen Zehe	5 %
jeder anderen Zehe	3 %

der für bleibende Invalidität vereinbarten Versicherungssumme.

- b) Bei Verlust mehrerer Gliedmaßen oder Organe entspricht, insoweit nicht Ganz-Invalidität vorliegt, die Entschädigung der Summe der für die einzelnen verlorenen Gliedmaßen und Organe entfallenden Prozentsätze innerhalb der für Teil-Invalidität festgesetzten Höchstgrenze.
- c) Die gänzliche und unheilbare Lähmung und die dadurch entstandene gänzliche Gebrauchsunfähigkeit von Gliedmaßen oder Organen wird ihrem gänzlichen Verluste gleichgehalten. Bei nur teilweisem Verluste oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit derselben wird eine entsprechend geringere Invalidität angenommen.
- d) Der Verlust einzelner Fingerglieder gilt nur dann als bleibende Invalidität, wenn es sich um die vollständige Abtrennung der ganzen Fingerglieder handelt, und zwar wird für den Verlust eines Daumengliedes die Hälfte, für den Verlust eines jeden anderen Fingergliedes ein Drittel der für den betreffenden Finger entfallenden Entschädigung geleistet.
- e) Bei sonstigen, hier nicht angeführten Fällen bleibender Teil-Invalidität ist die Höhe der Entschädigung nach dem Ausmaße zu bestimmen, in welchem die Erwerbsfähigkeit des Versicherten unter Berücksichtigung seines Berufes, seiner Lebensstellung, Bildung, Kenntnisse und Fähigkeiten für seine ganze Lebensdauer wesentlich beeinträchtigt ist.

4. In allen Fällen bleibender Invalidität begründet der Verlust oder die Beschädigung eines vor dem Unfall bereits verkrüppelten, verstümmelten oder gebrauchsunfähigen Gliedes oder Organes einen Anspruch auf Entschädigung für bleibende Invalidität nur so weit, als der bereits bestandene Invaliditätsgrad gesteigert wurde; dieser Grad ist bei Bemessung der Steigerung ohne Rücksicht auf die Entstehungsursache der Invalidität so zu bewerten, wie wenn sie durch einen Unfall herbeigeführt worden wäre. Die Erschwerung der Unfallfolgen, die sich daraus ergibt, daß ein anderes als das beschädigte Glied oder Organ schon vor dem Unfall fehlte, verkrüppelt, verstümmelt oder unbrauchbar war, wird selbstverständlich nicht berücksichtigt, vielmehr wird der Unfall so entschädigt, wie wenn jenes Glied oder Organ vorhanden und vollkommen gebrauchsfähig wäre.

Art. 16. 1. Die Bemessung der Invalidität hat, wenn eine Aenderung des Zustandes noch zu gewärtigen ist, nach dem voraussichtlichen Endergebnisse zu erfolgen.

2. Wenn infolge gänzlicher Zerstörung von Organen oder Abtrennung von Gliedern außer Zweifel steht, daß der Zustand unveränderlich ist, wird ohneweiters Kapitalszahlung geleistet.

3. In allen anderen Fällen hat der Versicherer das Recht, während der ersten drei Jahre nach Beendigung der ärztlichen Behandlung an Stelle der auf welchem Wege immer festgesetzten Entschädigungssumme die darauf entfallenden Zinsen im Ausmaße von jährlich 6 % zu entrichten. Nach Ablauf von längstens drei Jahren hat der Versicherer, wenn und soweit die Invalidität noch fort dauert, den derselben entsprechenden Kapitalsbetrag zu zahlen.

4. Der Anspruch auf Entschädigung für bleibende Invalidität ist erst dann erworben und vererblich, wenn das Heilverfahren abgeschlossen und hierauf eine bleibende Invalidität und ihr Ausmaß festgestellt worden ist; der Anspruch fällt jedoch weg, wenn vertragsgemäß Todesfall-Entschädigung zu leisten ist.

5. Soweit die Invalidität in einer nervösen Erkrankung oder in einer Geisteskrankheit besteht, tritt an die Stelle der Kapitals- oder Zinsenzahlung eine den festgesetzten Entschädigungskapital entsprechende, auf Grund der unten beigedruckten Rententafel zu berechnende Rente.

6. Sowohl während der dreijährigen Zinsenzahlung als auch während der ersten fünf Jahre der Rentenzahlung kann auf Grund erneuerter Feststellung die Zinsen- oder Rentenzahlung geändert und bei Wegfall der Invalidität eingestellt werden. Der Versicherer ist berechtigt, zum Zwecke der betreffenden Feststellungen den Versicherten in angemessenen Zeitanständen, wenn tunlich in seiner Behausung, untersuchen zu lassen; die Kosten trägt der Versicherer.

c) Im Falle der vorübergehenden Invalidität.

Art. 17. 1. Hat ein Unfall eine vorübergehende, jedoch über vier Tage währende Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit zur Folge, so zahlt der Versicherer von dem auf den Unfall nächstfolgenden Tage und durch höchstens 200 Tage die versicherte Tagesentschädigung, und zwar zur Gänze, wenn und solange der Verletzte gar nicht (also auch nicht leitend oder anordnend) arbeits- oder erwerbsfähig war, dagegen zu einem Viertel bis zur Hälfte der versicherten Tagesentschädigung, soweit und solange die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit desselben noch wesentlich verringert war. Für die Zeit vor Beginn und nach Beendigung der notwendigen ärztlichen Behandlung wird keine Entschädigung geleistet.

2. Für die Dauer des mit Zustimmung des Versicherers genommenen Aufenthaltes in einem Kur- oder Badeorte wird die Tagesentschädigung je nach dem Zustande des Verletzten zur Gänze, zur Hälfte oder zu einem Viertel geleistet.

3. Die Tagesentschädigung wird in der oben festgesetzten Dauer und Höhe unabhängig von der Entschädigung für den Fall des Todes oder der bleibenden Invalidität gezahlt; mit der Auszahlung einer Entschädigung für bleibende Invalidität erlischt jedoch der Anspruch auf weitere Tagesentschädigung.

Schiedsgericht.

Art. 18. 1. Die Höhe der Entschädigung oder im Falle des Zinsen- oder Rentenbezuges die Höhe des diesem jeweils zugrunde zu legenden Kapitalsbetrages oder endlich nach Aufhören des Zinsenbezuges die Höhe der endgültigen Kapitalszahlung ist, wenn eine Einigung nicht zustande kommt, durch ein Schiedsgericht mit Stimmenmehrheit zu bestimmen.

2. Jeder Teil bestellt schriftlich einen Schiedsrichter. Zeigt ein Teil den von ihm bestellten Schiedsrichter nicht binnen 14 Tagen schriftlich an, nachdem er hiezu vom anderen Teil unter Benennung des von ihm selbst gewählten Schiedsrichters schriftlich aufgefordert worden ist, so erfolgt auf Antrag des anderen die Bestellung durch das Gericht, in dessen Sprengel sich die Geschäftsstelle des Versicherers befindet, die den Vertrag abgeschlossen hat.

3. Die beiden Schiedsrichter bestellen vor Beginn des Verfahrens den Obmann, der Professor oder Dozent an einer inländischen medizinischen Fakultät sein muß. Einigen sie sich nicht über die Bestellung des Obmannes, so wird dieser auf Antrag beider oder eines der beiden Teile von dem in Abs. 2 bezeichneten Gerichte bestellt. Wenn einer der bestellten Schiedsrichter oder der Obmann die Annahme des Schiedsrichteramtes ablehnt oder die Erfüllung seiner Verpflichtungen verweigert oder ungebührlich verzögert, stirbt oder aus einem anderen Grunde wegfällt, so ist an dessen Stelle unter Anwendung der vorstehenden Bestimmungen ein anderer Schiedsrichter oder ein anderer Obmann zu bestellen..

4. Das Schiedsgericht tritt am Sitze der Fakultät zusammen, deren Mitglied der Obmann ist.

5. Das Schiedsgericht hat in seinem Schiedsspruche unter Anwendung der allgemeinen und der etwa vereinbarten besonderen Versicherungsbedingungen die Höhe der zufolge der Parteianträge in Frage kommenden Entschädigungen gesondert zu bestimmen.

6. Die Akten des schiedsrichterlichen Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt. Der Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte hat die Kosten des von ihm bestellten Schiedsrichters zu tragen.

7. Der Versicherer kann sich auf die Vereinbarung, daß die Höhe der ihm obliegenden Leistung durch ein Schiedsgericht zu bestimmen ist, nicht berufen, wenn er die Leistung verweigert (§ 11. Abs. V. V. G.); er kann sich auf diese Vereinbarung auch rücksichtlich jener Art von Unfallsfolgen (bleibende Invalidität, vorübergehende Invalidität) nicht berufen, deren Vorhandensein er überhaupt bestreitet.

Zahlung der Entschädigung.

Art. 19. 1. Die Entschädigung ist vierzehn Tage nach dem Abschlusse des Heilverfahrens fällig; wenn aber die zur Feststellung des Unfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers oder die zur Feststellung der Bezugsberechtigung nötigen Erhebungen ohne Verschulden des Versicherers innerhalb dieser Frist nicht beendet werden können, tritt die Fälligkeit erst am vierzehnten Tage nach dem Abschlusse der Erhe-

bungen ein. Im letzteren Falle kann der Versicherungsnehmer, dessen Bezugsberechtigung feststeht, vierzehn Tage nach Abschluß des Heilverfahrens eine Abschlagszahlung in der Höhe des Betrages verlangen, den ihm der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. Ist Tagesentschädigung zu leisten, so kann jedesmal nach Ablauf eines Monats eine Abschlagszahlung verlangt werden, die der Höhe der Tagesentschädigung für den abgelaufenen Monat entspricht (§§ 40, 41 und 161 V. V. G.). Die Zahlungen erfolgen, wenn nichts anderes vereinbart wird, bei der Geschäftsstelle des Versicherten, die die Versicherungsurkunde ausgestellt hat.

2. Im Falle eines nicht vom Versicherer verursachten Zahlungshindernisses kann der Versicherer von der gerichtlichen Hinterlegung des fälligen Entschädigungsbetrages gegen Leistung von 4 % Zinsen Abstand nehmen. Die entsprechende Erklärung an den Versicherungsnehmer hat die Rechtswirkung der gerichtlichen Hinterlegung.

3. Die von den Entschädigungsbeträgen zu entrichtenden öffentlichen Gebühren und Abgaben sind vom Empfänger zu tragen und werden von der Entschädigung abgezogen (§ 27 V. V. G.).

4. Im Todesfalle erfolgt die Zahlung nur gegen Rückstellung der Versicherungsurkunde. Lautet die Versicherungsurkunde auf den Inhaber oder Ueberbringer, so kann der Versicherer gleichwohl die Leistung an den Inhaber oder Ueberbringer verweigern, wenn dessen Berechtigung nicht nachgewiesen ist.

5. Die Zahlung der in Art. 16 festgesetzten Zinsen und Renten erfolgt vierteljährlich im vorhinein gegen jedesmalige Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses über den Gesundheitszustand des Verletzten.

6. Solange der Entschädigungsbetrag nicht einverständlich oder durch Schiedsspruch (Art. 18) bestimmt ist, kann die Abtretung des Entschädigungsanspruches dem Versicherer gegenüber nicht geltend gemacht werden.

Befristung des Versicherungsanspruches im Ablehnungsfalle.

Art. 20. Hat der Versicherer den gegen ihn erhobenen Anspruch abgelehnt, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Diese Frist beginnt mit dem Ablaufe des Tages, an dem die Ablehnung unter Angabe der Frist und der mit ihrem Ablaufe verbundenen Rechtsfolge dem Versicherungsnehmer oder dem Bezugsberechtigten gegenüber mittels eingeschriebenen Briefes erfolgt ist.

Kündigung der Versicherung nach dem Unfalle.

Art. 21. Nach dem Eintritte des Unfalles ist jeder Teil zur Kündigung berechtigt, der Versicherer jedoch nur, wenn er Entschädigung geleistet oder der Versicherungsnehmer einen unbegründeten Entschädigungsanspruch arglistig erhoben hat, der Versicherungsnehmer nur dann, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Entschädigungsanspruches ganz oder teilweise verweigert oder verzögert hat. Die Kün-

digung muß seitens des Versicherers innerhalb eines Monats nach Leistung der Entschädigung oder Ablehnung des unbegründeten Anspruches, und zwar mit einmonatiger Kündigungsfrist erfolgen, seitens der Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats nach Ablehnung oder Fälligkeit der Entschädigung, und zwar nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode. Im Falle der Kündigung gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses und, wenn die Kündigung von ihm ausgegangen ist, außerdem jener Teil der Prämie, der auf den Betrag der geleisteten Entschädigung für die restliche Dauer der laufenden Versicherungsperiode entfällt.

Rententafel

jährliche, vierteljährig vorhinein zahlbare Rente für 1000 Schilling Versicherungssumme.

Alter	Rente		Alter	Rente		Alter	Rente	
	S	g		S	g		S	g
15	50	45	35	59	91	55	88	48
16	50	81	36	60	68	56	91	09
17	51	16	37	61	48	57	93	88
18	51	52	38	62	32	58	96	84
19	51	88	39	63	21	59	100	—
20	52	23	40	64	15	60	103	36
21	52	59	41	65	14	61	106	95
22	52	95	42	66	20	62	110	77
23	53	33	43	67	32	63	114	84
24	53	73	44	68	53	64	119	19
25	54	15	45	69	81	65	123	85
26	54	59	46	71	18	66	128	84
27	55	06	47	72	64	67	134	19
28	55	55	48	74	20	68	139	93
29	56	08	49	75	86	69	146	11
30	56	64	50	77	64	70	152	77
31	57	22	51	79	53	71	159	95
32	57	84	52	81	56	72	167	70
33	58	50	53	83	72	73	176	04
34	59	19	54	86	02	74	185	03
						75	194	69

Anmerkung: Für die Berechnung der Renten ist das Alter des Rentners an seinem, dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.

Stillschweigende Verlängerung des Vertrages.

Art. 22. Ein für bestimmte Zeit vereinbartes Versicherungsverhältnis gilt jedesmal als für ein Jahr verlängert, wenn es nicht mindestens zwei Monate vor Ablauf der Vertragszeit von einem der Vertragsteile mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt worden ist.

Gerichtsstand des Versicherungsnehmers. Wohnungsänderung.

Art. 23. 1. Klagen gegen den Versicherungsnehmer können auch bei dem Gericht am Sitze des Gerichtshofes erster Instanz erhoben werden, in dessen Sprengel sich der Wohnsitz oder die gewerbliche Niederlassung oder das landwirtschaftliche Gut des Versicherungsnehmers befindet. (§ 12, Abs. 3, V. V. G.).

2. Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Aenderung aber dem Versicherer nicht angezeigt, so genügt für eine Erklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Ansendung eines Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung (§ 15, V. V. G.).

BIJLAGE 3.

BREUKFORMULIER

Betreft O , inzake Aangegeven door dr. . . . , datum „ongeval” , datum re hulp.

1. Waar zat de breuk (lies, dij, balzak, enz.), en hoe groot was zij?	
2. Zat de breuk links of rechts?	
3. Was de breuk direct of indirect? (indien liesbreuk)	
4. Waaruit bestond de inhoud? (darm, net)	
5. Hoe wijd was de breukpoort?	
6. Waren er verschijnselen van het gebruik van een breukband?	
7. Was de breuk gemakkelijk te reponeeren en trad zij bij staan, persen, hoesten gemakkelijk te voorschijn?	
8. Hadden de breuk-, resp. de eventuele inklemmingsverschijnselen reeds eenigen tijd bestaan?	
9. Moet in dit geval het ontstaan van de breuk-, resp. de inklemmingsverschijnselen tengevolge van een „ongevalsgebeurtenis” mogelijk of waarschijnlijk geacht worden; eischten althans de bezigheden van den patient zoo bijzondere krachtsinspanning, dat deze het leggen van verband tusschen den arbeid en het uittreden van den breukinhoud in den bestaanden zak wettigen?	

Datum en onderteekening

BIJLAGE 4.

LUMBAGOFORMULIER

Betreft O. inzake

Aangegeven door Dr. als

..... datum „ongeval”

aangifte van den werkgever..... datum „te hulp”

1. Op welke plaatsen was de pijn precies gelocaliseerd, zoowel bij druk als bij beweging?	
2. Was de pijn <i>plotseling</i> ontstaan of geleidelijk?	
3. Had er <i>direct</i> geweld ingewerkt op rug of ruggegraat, zoo ja, welk? Waren daarvan <i>zichtbare</i> kentekenen bij het eerste onderzoek aanwezig?	
4. Welke bewegingen zijn pijnlijk of onmogelijk?	
5. Indien er geen direct geweld ingewerkt heeft, was er dan in dit geval sprake van <i>ongewonen overmatigen arbeid of krachtsinspanning</i> , resp. van bijzonder ongunstige omstandigheden. Zoo ja, welke?	
6. Heeft de verzekerde reeds vaker spit, ischias of rheumatiek gehad?	
7. Heeft verzekerde direct den arbeid gestaakt en geneeskundige hulp ingeroepen? Hoeveel tijd na het optreden van de pijn werd die hulp verleend? Is verzekerde zonder hulp naar huis gegaan?	
8. Hoever is intusschen het herstel gevorderd, c.q. wanneer hervatte de patiënt den arbeid?	

Datum en onderteekening:

BIJLAGE 5.

TENDOVAGINITISFORMULIER

Betreft O.....inzake

aangegeven door Dr. als

..... datum ongeval

aangifte van den werkgever datum re hulp

1. Was de pijn *plotseling* ontstaan of geleidelijk?

2. Had er *direct geweld* ingewerkt, zoo ja, welk geweld en waar? Waren daarvan zichtbare kenteekenen bij het eerste onderzoek?

3. Waar was de pijn precies gelocaliseerd bij betasting?

4. Welke functie (flexie, extensie, pronatie, supinatie, abductie, adductie enz.) was gestoord of pijnlijk, zoowel actief als passief?

5. Indien er geen direct geweld ingewerkt heeft, was er dan sprake van *ongewonen arbeid of overmatigen arbeid* of van *bijzondere krachtsinspanning*, resp. van bijzonder ongunstige omstandigheden, (niet in het algemeen, maar voor den betrokken pees, resp. spiergroep)? Zoo ja, welke?

6. Heeft de verzekerde reeds vaker terzelfder plaatse of op overeenkomstige plaatsen aan andere ledematen pijn gehad?

7. Hoeveel uren of dagen na het eerste optreden van de pijn heeft de verzekerde geneeskundige hulp ingeroepen?

8. Is de verzekerde geheel of gedeeltelijk ongeschikt tot het verrichten van zijn arbeid? Indien gedeeltelijk, voor welk deel?

Datum en onderteekening:

STELLINGEN

I

De reclame, welke het eigen product met dat van een ander, door diens woordmerk aangeduid, vergelijkt, houdt merken-schennis in.

II

Het toetsingsrecht van den ambtenarenrechter, strekt zich mede uit tot beslissingen der Kroon, waarbij besluiten, genomen door administratieve organen ten aanzien van ambtenaren als zoodanig, vernietigd zijn.

III

De journalist, die kennende de misdadige herkomst van eenig nieuwsbericht — in casu met schending van zijn ambts- of beroepspligt door een derde ter zijner kennis gebracht geheim — opzettelijk verdere bekendmaking bewerkt of bevordert, maakt zich schuldig aan medeplichtigheid aan het bij art. 272 Sr. strafbaar gestelde misdrijf.

IV

De bevoegdheid van den gemeenteraad krachtens art. 43 der woningwet voorschriften vast te stellen, strekt zich niet uit tot het gebruik der bebouwing.

V

Terecht begrijpt het Hoog Militair Gerechtshof onder „ieders verantwoordelijkheid volgens de wet”, als bedoeld in art. 7 der grondwet, ook de verantwoordelijkheid van den militair volgens het reglement van krijgstucht (Besch. H.M.G., 24 September 1918).

VI

Onder „handelingen, die het vertrouwen in den stand der geneeskundigen ondermijnen”, in den zin van art. 1 der wet van 2 Juli 1928, stbl. 222, vallen noch handelingen, die slechts het vertrouwen in den dader ondermijnen, noch handelingen, die slechts met de eer en de waardigheid of met de belangen van den stand der geneeskundigen in strijd zijn.

VII

Het in de statuten of reglementen van een zedelijk lichaam, ter zake van overtreding van eenige aan de leden opgelegde verplichting, bedingen van een boete, waarvan het bedrag door derden zal worden vastgesteld, is geen beding van straf in den zin van art. 1340 B.W.

VIII

Artsenmonopolie en gesloten beroepsorganisatie der geneeskundigen hebben ten gevolge, met name door te hooge calculatie van de ziekenfondspremie ten plattelande, dat het „debiet” lijdt onder het peil van den prijs van de geneeskundige hulp.

IX

De bevoegdheid, in art. 56 Sv. aan den officier van justitie en in art. 195 Sv. aan den rechter-commissaris toegekend te bepalen en bevelen, dat een verdachte „aan zijn persoon” (resp. „aan zijn lichaam”) zal worden onderzocht, strekt zich niet uit tot onderzoekingen, die niet zonder aantasting van de onge-reptheid van het lichaam kunnen worden verricht, zooals bloedonderzoek.

X

Voor het tijdig „instellen van den eisch” in den zin van art. 821 lid 2 Rv. is dagvaarden binnen den genoemden termijn van 14 dagen voldoende en het doen inschrijven ter rolle binnen dien termijn niet vereischt (Hof Amsterdam 21 Dec. 1933, NJ. 1934, blz. 854; anders: vonnis president Rb. Utrecht in kort geding 23 Februari 1938.

XI

In het wetsontwerp op de stichtingen worde de nietigheid ex tunc door die ex nunc vervangen.

