

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0701

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. dr. K. Engel, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. S.M. Oei, secretaris)

Datum uitspraak	3 september 2025
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitskomst	Vordering (grotendeels) afgewezen
Bijlage	Juridisch kader schending mededelingsplicht en relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaringen en wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Schending precontractuele mededelingsplicht. Opzet. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid door schouder- en knieklachten. De verzekeraar heeft de claim afgewezen en de verzekering beëindigd, omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument intern en extern geregistreerd en de gedane uitkeringen en gemaakte kosten voor de claimbehandeling teruggevorderd. De commissie oordeelt dat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht. De verzekeraar heeft zijn uit artikel 7:929 lid 1 BW volgende verplichting om de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking van de schending van de mededelingsplicht op de gevolgen daarvan te wijzen, nageleefd. Dit betekent dat de verzekeraar mocht overgaan tot alle door hem genomen maatregelen. Wel moet de duur van de registratie in het EVR en het Incidentenregister worden verkort van zes naar drie jaar. De vorderingen van de consument worden (grotendeels) afgewezen.

1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de aanvullende reactie van de consument met een verklaring van de tussenpersoon.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 1 juli 2025. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mevrouw mr. N.C. Holst van DAS Rechtsbijstand. Tevens was ter ondersteuning van de consument een kennis, de heer [naam 1], aanwezig. Namens de verzekeraar zijn verschenen de heer [naam 2], jurist, en de heer [naam 3], medewerker afdeling Speciale Zaken.

- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft via een tussenpersoon een arbeidsongeschiktheidsverzekering bij AEGON Schadeverzekering N.V.¹ (hierna: de verzekeraar) afgesloten. De ingangsdatum van de verzekering is 17 januari 2017. Het verzekerd beroep is blijkens het polisblad van 19 januari 2017 dat van 'installateur'. Het verzekerde bedrag is € 50.000,- per jaar en de eindleeftijd is 65 jaar.
- 2.2 Voorafgaand aan het sluiten van de verzekering heeft de consument op 20 december 2016 een gezondheidsverklaring ingevuld. In de gezondheidsverklaring heeft de consument de vraag over *"aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewichten (waaronder (...) schouders), (...) rugklachten, rugpijn (...)"* met 'nee' beantwoord.
- 2.3 Op 4 januari 2017 heeft de consument van de verzekeraar een aanbod ontvangen, dat hij op 17 januari 2017 ondertekend heeft geretourneerd.
- 2.4 Op 25 oktober 2019 heeft de consument via de tussenpersoon aan de verzekeraar medegedeeld dat zijn beroep van 'installateur' is gewijzigd naar dat van 'installateur zonnepanelen'. Om te kunnen beoordelen of de verzekering voor deze wijziging moest worden aangepast, heeft de verzekeraar de consument verzocht om opnieuw een gezondheidsverklaring in te vullen. Op 8 december 2019 heeft de consument aan dat verzoek voldaan. Ook op deze gezondheidsverklaring heeft de consument de geciteerde vraag onder 2.2 met 'nee' beantwoord.
- 2.5 Bij brief van 30 december 2019 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat de verzekering per 24 december 2019 is gewijzigd.
- 2.6 De consument heeft zich op 16 mei 2023 per 17 februari 2023 gedeeltelijk arbeidsongeschikt gemeld bij de verzekeraar als gevolg van schouder- en knieklachten. Naar aanleiding van deze claim heeft de medisch adviseur van de verzekeraar medische informatie opgevraagd bij de behandelend sector.

¹ AEGON Schadeverzekering N.V. is inmiddels overgenomen door ASR Schadeverzekering N.V. en heeft hierdoor de juridische plaats van AEGON Schadeverzekering N.V. ingenomen. In het vervolg van de uitspraak zal daarom geen onderscheid worden gemaakt en steeds alleen 'de verzekeraar' worden gebruikt.

Op 11 augustus 2023 heeft de medisch adviseur naar aanleiding van de ontvangen medische informatie de verzekeraar geadviseerd om nader onderzoek te doen vanwege concrete aanwijzingen dat bij het sluiten van de verzekering de mededelingsplicht niet is nagekomen. Vervolgens heeft de medisch adviseur aanvullende medische informatie opgevraagd bij de huisarts en de fysiotherapeut.

- 2.7 Per brief van 29 september 2023 heeft de verzekeraar de consument bericht onderzoek te doen naar “onbekende klachten voor de ingangsdatum van uw verzekering”. In de brief staat het volgende:

“Uit de informatie blijkt dat u op 8 maart 2017 bij uw arts werd gezien vanwege pijn in de rechterschouder. U meldde dat deze pijnklachten toen drie maanden aanwezig waren. Voor deze klachten werd een behandeling ingesteld. Deze informatie was bij ons niet bekend toen uw aanvraag voor de verzekering werd beoordeeld. Ook toen u op 8 december 2019 de gezondheidsverklaring invulde vanwege een wijzigingsverzoek, gaf u deze doorgemaakte klachten niet op. Mogelijk hebben wij hierdoor geen juiste risico inschatting kunnen doen. De medisch adviseur van Aegon Schadeverzekering N.V. onderzoekt nu alsnog of de niet gemelde gezondheidssituatie van invloed was geweest bij de acceptatie van uw verzekering en/of bij de acceptatie van het wijzigingsverzoek in 2019. De medisch adviseur heeft hiervoor aanvullende informatie van u nodig en neemt hierover rechtstreeks contact met u op.”

- 2.8 Op basis van de ontvangen aanvullende medische informatie heeft de medisch adviseur op 19 februari 2024 advies uitgebracht aan de verzekeraar. In zijn advies concludeert hij onder meer dat de consument vlak voor de invulling van de gezondheidsverklaring meerdere fysiotherapiebehandelingen vanwege wervelkolom- en schouderklachten heeft gehad en dat hij deze klachten niet heeft gemeld op de gezondheidsverklaringen van 20 december 2016 en 8 december 2019. Ook concludeert de medisch adviseur dat, als hij bekend was met de klachten ten tijde van de aanvraag van de verzekering, hij zou hebben geadviseerd de aanvraag uit te stellen tot de consument klachtenvrij was met daarna clausules voor aandoeningen van de thoracale wervelkolom en rechterschouder. Er zou een recht op een herbeoordeling zijn zodra de consument 10 jaar klachtenvrij zou zijn.
- 2.9 Bij brief van 12 april 2024 heeft de verzekeraar de consument medegedeeld dat sprake is van opzettelijke schending van de mededelingsplicht en wat de gevolgen daarvan zijn.
- 2.10 Bij brief van 2 juli 2024 heeft de verzekeraar een bedrag van € 9.348,33 van de consument terugggevorderd, bestaande uit onverschuldigd betaalde uitkeringen en onderzoekskosten voor de arbeidsongeschiktheidsclaim.
- 2.11 Op 8 mei 2024 heeft de vertegenwoordiger van de consument bezwaar gemaakt tegen het standpunt van de verzekeraar dat sprake is van opzettelijke schending van de mededelingsplicht. Op 28 juni 2024 heeft de verzekeraar de vertegenwoordiger van de consument medegedeeld bij zijn standpunt te blijven.

- 2.12 Bij brief van 23 juli 2024 heeft de verzekeraar de (vertegenwoordiger van de) consument medegedeeld dat hij de relevante persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar heeft opgenomen in zijn Gebeurtenissenadministratie, het Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (hierna: EVR) en dat het Centrum Bestrijding Verzekerings-criminaliteit (hierna: CBV) op de hoogte is gebracht van de opname in het Incidentenregister.

De klacht en de vordering

- 2.13 De consument klaagt erover dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt inneemt dat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht. Hij vordert ongedaanmaking van de genomen maatregelen. Hij vordert herstel van de verzekering en uitkering voor zijn arbeidsongeschiktheidsclaim, en subsidiair, royement van de verzekering op basis van niet opzettelijke schending van de mededelingsplicht. Daarnaast vordert hij verwijdering van de registraties en dat de verzekeraar het CBV op de hoogte brengt van de verwijdering van de registratie in het Incidentenregister. Voor het geval de commissie oordeelt dat sprake is van opzettelijke misleiding vordert hij een verkorting van de registratieduur. Ter onderbouwing van zijn vorderingen voert de consument samengevat het volgende aan.
- 2.14 Hij heeft zich bij het invullen van de gezondheidsverklaring nooit gerealiseerd dat hij de vermeende verzwegen klachten had moeten melden. De consument was zich niet bewust dat de sportblessure invloed zou kunnen hebben op de verzekering. De klachten waren niet ernstig, waardoor hij het niet als een 'aandoening' zag. Het was een incidentele sportblessure waarvoor hij onder behandeling was. Hij heeft ook altijd doorgewerkt en had daarbij geen last van de sportblessure, ook niet bij de gewone dagelijkse werkzaamheden.
- 2.15 Verder voert de consument aan dat hij op advies van de tussenpersoon, destijds zijn schoonvader, niets over de sportblessure heeft ingevuld op de gezondheidsverklaring. Tezamen hebben zij destijds de formulieren op het kantoor van de tussenpersoon ingevuld. Hij mocht en kon er op vertrouwen dat de tussenpersoon hem hierin juist adviseerde.
- 2.16 De consument betwist dat de verzekeraar als een redelijk handelend verzekeraar heeft gehandeld (artikel 7:930 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW)). Het ligt op de weg van de verzekeraar om aan te tonen dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering niet zou hebben afgesloten. Het standpunt van de verzekeraar dat hij de verzekering bij een juiste kennis van zaken niet zou hebben afgesloten is niet redelijk en heeft te vergaande gevolgen voor de consument. Dit is niet proportioneel gezien de sportblessure die de consument toen had. Ook blijkt uit de handleiding medische acceptatie arbeidsongeschiktheids- en ongevallenverzekeringen, dat een sportblessure niet zou hebben geleid tot het niet accepteren van de verzekering, maar tot opname van een clausule.

- 2.17 Nu niet vaststaat dat de verzekeraar als een redelijk handelend verzekeraar de consument niet zou hebben geaccepteerd als hij van de ware stand van zaken op de hoogte was geweest, is de schending van de mededelingsplicht geen grond voor opzegging van de verzekering. De consument heeft daarom recht op uitkering.
- 2.18 Daarnaast is er geen causaal verband tussen de sportblessure en de klachten waarvoor hij de arbeidsongeschiktheidsclaim heeft ingediend. Dit impliceert dat artikel 7:930 lid 4 BW niet van toepassing is.
- 2.19 Mocht sprake zijn van schending van de mededelingsplicht, dan is er geen sprake van opzet. De consument was niet ter kwader wil. Hij was zich niet bewust dat de sportblessure invloed zou kunnen hebben op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het betrof een kortdurende sportblessure zonder impact op zijn werkzaamheden. Verder stelt de consument dat juist het invullen van de gezondheidsverklaring met de tussenpersoon en het feit dat hij daarbij door de tussenpersoon is geadviseerd om de sportblessure niet te melden, aan toont dat hij geen opzet had om de verzekeraar te misleiden. Hij heeft de tussenpersoon inmiddels hiervoor aansprakelijk gesteld. Ook wijst de consument erop dat hij als ZZP-er werkt en dat hij ernstig wordt benadeeld in de uitoefening van zijn beroep met de door de verzekeraar opgenomen registraties. Hij kan nu geen, dan wel zeer moeilijk of kostbaar, verzekeringen afsluiten. Omdat opzet niet vast staat, kan opzet geen grond zijn voor de opzegging van de verzekering en het verval van het recht op een uitkering.
- 2.20 Verder heeft de verzekeraar de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW niet in acht genomen, waarbinnen hij na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht de consument moet wijzen op die schending en de gevolgen daarvan. Al in zijn brief van 29 september 2023 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat uit de ontvangen medische informatie blijkt dat de consument de vermeende verzwegen klachten niet opgaf in de gezondheidsverklaring van zowel 20 december 2016 als van 8 december 2019. Vanaf dat moment ging de termijn lopen. De verzekeraar heeft pas bij brief van 12 april 2024 een beroep gedaan op schending van de mededelingsplicht en de gevolgen daarvan ingeroepen. Dit is niet binnen twee maanden en daarom mocht hij niet de verzekering beëindigen op grond van schending van de mededelingsplicht.

Het verweer

- 2.21 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 Aan de orde zijn de vragen 1) of de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden bij het sluiten van de verzekering, 2) zo ja, of hij dat opzettelijk heeft gedaan, 3) of de verzekeraar zich bij het inroepen van zijn sancties heeft gehouden aan de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW, 4) zo ja, of de verzekeraar de verzekering mocht beëindigen, verdere uitkering mocht weigeren en recht heeft op terugbetaling van de reeds gedane uitkeringen, 5) of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren voor de periode van zes jaar en, ten slotte, 6) of de verzekeraar recht heeft op vergoeding van de onderzoekskosten door de consument.
- 3.2 De commissie beantwoordt deze vragen (grotendeels) bevestigend. Zij licht hierna haar oordeel toe. In de bijlage bij deze uitspraak is het juridisch kader van schending van de mededelingsplicht opgenomen.

1. De consument heeft bij het sluiten van de verzekering zijn mededelingsplicht (artikel 7:928 BW) geschonden

- 3.3 Op 8 en 15 augustus, 5 september en 22 december 2016 heeft de consument een fysiotherapeut bezocht voor behandeling van wervelkolom- en rechterschouderklachten. Bij de laatste behandeling nam de pijn rond de rechterschouder toe. Op 13 februari 2017 vond opnieuw onderzoek bij de fysiotherapeut plaats vanwege een toenemende verslechtering van de rechterschouder in de vorm van pijn en verminderde functie bij kracht zetten. Daarna heeft de consument op 27 februari en 7 maart 2017 fysiotherapie behandelingen gehad. Bij de laatste behandeling bleken de klachten onveranderd aanwezig. In overleg met de fysiotherapeut is toen besloten de huisarts te consulteren met het verzoek om een doorverwijzing naar een schouderspecialist. Op 8 maart 2017 heeft hij zijn huisarts geraadpleegd vanwege sinds drie maanden bestaande pijn in de rechterschouder. De huisarts heeft hiervoor een ontstekingsremmende pijnstiller voorgeschreven.
- 3.4 In de gezondheidsverklaring die de consument op 20 december 2016 heeft ondertekend, staat de volgende vraag, die door de consument met 'nee' is beantwoord:

"Uw gezondheidstoestand

Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Klik dan op 'ja' bij die vraag.

Let op!

Klik ook op 'ja' als u:

- bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. (...).

(...)

*Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder (...) schouders), (...) rugklachten, rugpijn (...)?
(...)"*

3.5 Verder staat er in de gezondheidsverklaring het volgende:

"(...)

Als uw gezondheidstoestand verandert. Het kan zijn dat uw gezondheidstoestand verandert. Gebeurt dit nadat u de verklaring heeft ingevuld? Maar voordat de verzekering ingaat? Geeft u dit dan direct door aan de verzekeraar.

(...)"

3.6 In de brief van de verzekeraar van 4 januari 2017 met het aanbod van de verzekering staat:

"(...)

Uw gezondheid

Door dit aanbod te ondertekenen verklaart u dat er in de periode van 20 december 2016 tot op heden geen wijzigingen zijn opgetreden in uw gezondheidssituatie. U verklaart eveneens dat u gedurende deze periode geen arts, specialist en/of therapeut heeft geraadpleegd (...)."

De consument heeft dit aanbod op 17 januari 2017 voor akkoord ondertekend.

3.7 De consument heeft de verzekeraar niet geïnformeerd over zijn wervelkolom- en schouderklachten, hoewel die duidelijk aanwezig waren in de periode kort vóór het sluiten van de verzekering en de hiervoor onder 3.4 genoemde vraag van de verzekeraar duidelijk (mede) op die klachten gericht was. Die vraag had de consument daarom niet met 'nee' kunnen beantwoorden. Hij had niet door ondertekening van het aanbod van de verzekeraar op 17 januari 2017 mogen verklaren dat hij in de periode vanaf 20 december 2016 geen therapeut heeft geraadpleegd. Dat had hij namelijk wel gedaan, op 22 december 2016.

3.8 Dat de consument zijn wervelkolom- en rechterschouderklachten niet als 'aandoening' heeft aangemerkt, omdat de klachten volgens hem niet ernstig waren, doet er niet toe. Immers, er wordt in de gezondheidsverklaring ook gevraagd naar 'klachten'. Ook het verweer van de consument dat de klachten incidenteel waren, dat hij altijd heeft doorgewerkt en daarbij geen last had van zijn klachten, ook niet bij de gewone dagelijkse werkzaamheden, gaat niet op. Hierbij merkt de commissie op dat de stelling van de consument dat zijn klachten niet ernstig en incidenteel waren, niet wordt gesteund door het medisch dossier.

3.9 Aan het relevantievereiste is voldaan. De verzekeraar heeft zijn stelling dat hij bij bekendheid van de wervelkolom- en rechterschouderklachten de aanvraag van de verzekering niet meteen zou hebben geaccepteerd, voldoende onderbouwd.

De commissie vindt het aannemelijk, mede gelet op het verzekerde beroep (installateur), dat de verzekeringsaanvraag van de consument zou zijn uitgesteld totdat de consument klachtenvrij zou zijn. Vervolgens zou de verzekering worden aangeboden met clausules voor aandoeningen en/of klachten van de thoracale wervelkolom en van de rechterschouder met een recht op herbeoordeling na 10 jaar. De verzekeraar heeft dus voldoende aangetoond dat de niet vermelde klachten daadwerkelijk relevant zijn voor het afsluiten van de verzekering. Zou de verzekeraar, zoals de consument heeft aangevoerd, de verzekering hebben geaccepteerd met een beperkende clausule, dan zou ook aan het relevantievereiste zijn voldaan.

- 3.10 Als de schending van de mededelingsplicht door het advies van de tussenpersoon heeft kunnen plaatsvinden, zoals de consument stelt, komt dat in zijn verhouding met de verzekeraar voor zijn rekening.
- 3.11 Ook in het laatste kwartaal van 2019 heeft de consument de op hem rustende mededelingsplicht geschonden. Op 25 oktober 2019 heeft de consument een beroeps-wijziging van zijn verzekering aangevraagd. Hiervoor heeft hij op 8 december 2019 opnieuw een gezondheidsverklaring ingevuld. In deze gezondheidsverklaring staat dezelfde vraag als onder 3.4 geciteerd. De consument had deze vraag met 'Ja' moeten beantwoorden. Zeker gelet op het feit hij voor zijn rechterschouderklachten ook nog op 27 februari en 7 maart 2017 de fysiotherapeut heeft geraadpleegd en op 8 maart 2017 zijn huisarts die hem hiervoor een ontstekingsremmende pijnstiller heeft voorgeschreven.

2. De consument heeft zijn mededelingsplicht opzettelijk geschonden

- 3.12 Beoordeeld moet worden of sprake is van opzet tot misleiding in die zin dat de consument door het niet melden van zijn wervelkolom- en rechterschouderklachten heeft gehandeld met de bedoeling de verzekeraar ertoe te bewegen een verzekering aan te gaan die hij anders niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. Dit criterium volgt uit het arrest van de Hoge Raad van 25 maart 2016.²
- 3.13 De commissie is van oordeel dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is geweest van opzet tot misleiding. Hierbij neemt de commissie het volgende in overweging.
- 3.14 Toen de consument de verzekering sloot, moeten zijn wervelkolom- en schouderklachten nog vers in zijn geheugen hebben gelegen. Immers, slechts een paar maanden voor het invullen en ondertekenen van de gezondheidsverklaring op 20 december 2016 heeft de consument drie fysiotherapiebehandelingen gehad: op 8 augustus, 15 augustus en 5 september 2016.

² HR 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, overweging 3.3.3.

Daarna heeft de consument ook nog op 27 februari en 7 maart 2017 de fysiotherapeut geraadpleegd en op 8 maart 2017 zijn huisarts die hem hiervoor een ontstekingsremmende pijnstiller heeft voorgeschreven. Ten tijde van de invulling van de gezondheidsverklaring op 8 december 2019 had de consument inmiddels zes fysiotherapiebehandelingen gehad en zijn huisarts geraadpleegd voor in ieder geval de klachten aan zijn rechterschouder. Op het aanvraagformulier van de verzekering en gezondheidsverklaringen staat helder aangegeven dat alle klachten moeten worden vermeld, *“ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.”* Ook staat er dat alle vragen zo goed mogelijk moeten worden ingevuld en wat de gevolgen zijn als dit niet wordt gedaan.³ Daarnaast is in de gezondheidsverklaringen expliciet gevraagd naar aandoeningen, klachten van spieren, ledematen of gewrichten waaronder schouder- en rugklachten en naar bezoek aan de huisarts en fysiotherapeut. Het is daarom niet goed denkbaar dat de consument ondanks het voorgaande zich niet heeft gerealiseerd dat hij deze vraag met ‘Ja’ had moeten beantwoorden. De consument had dan ook moeten weten dat zijn wervelkolom- en rechterschouderklachten van belang waren voor de acceptatie van de verzekering. Daarbij komt dat de consument op 17 januari 2017 verklaarde dat hij in de periode van 20 december 2016 tot 4 januari 2017 geen arts, specialist en/of therapeut had geraadpleegd, terwijl hij op 22 december 2016 nog de fysiotherapeut had bezocht.

- 3.15 De stelling van de consument dat zijn klachten niet ernstig en incidenteel waren en hij deze daarom niet heeft gemeld, acht de commissie ten aanzien van de rechterschouderklachten ongeloofwaardig. Immers, uit het medisch dossier blijkt dat de consument in 2016 vier keer de fysiotherapeut heeft bezocht voor zijn klachten en bij de laatste behandeling de pijn bij de rechterschouder toe nam. Vervolgens vond er op 13 februari 2017 opnieuw onderzoek bij de fysiotherapeut plaats vanwege een toenemende verslechtering van de rechterschouder. Daarna heeft de consument op 27 februari en 7 maart 2017 weer fysiotherapiebehandelingen gehad en bleken bij de laatste behandeling de klachten onveranderd aanwezig. Op 8 maart 2017 heeft de consument zelfs zijn huisarts bezocht vanwege sinds drie maanden bestaande pijn in de rechterschouder die een ontstekingsremmende pijnstiller heeft voorgeschreven. Van niet ernstige en incidentele klachten was dus geen sprake. Gelet hierop concludeert de commissie dat de consument heeft geprobeerd zijn klachten te bagatelliseren tegenover de verzekeraar.
- 3.16 Als bewijs van zijn standpunt dat de schending van de mededelingsplicht aan de tussenpersoon is te verwijten (zie onder 2.15 en 2.19 hiervoor), heeft de consument een verklaring van zijn tussenpersoon van 12 mei 2025 verstrekt.

³ De relevante passages in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaringen zijn opgenomen in de bijlage.

Hierin staat:

“Klopt idd dat wij gezondheidsverklaring samen hebben besproken daarbij heeft hij aangegeven tijdens sporten in de sportschool lichte klachten had en daarvoor een keer bij fysio zou zijn geweest daarbij had hij geen last en werkte volledig het is niet de bedoeling geweest dit dan niet te melden op formulier maar wellicht dacht hij doordat we het erover hadden en alles goed was dat hij dit daarom niet heeft opgegeven zeker geen verzwijging maar ik formulier niet gecontroleerd op zijn antwoorden dan was het misschien opgevallen en dit niet vergeten. Zeker niet gezegd dat hij dit open kon laten want daar was geheel geen reden voor.”

- 3.17 De commissie oordeelt dat de consument onvoldoende heeft aangetoond dat hij door toedoen van de tussenpersoon zijn klachten niet heeft gemeld op de gezondheidsverklaring. Uit de hiervoor geciteerde verklaring blijkt enkel dat de consument en de tussenpersoon de gezondheidsverklaring samen hebben besproken en daarbij lichte klachten en het bezoek aan de fysiotherapeut daarvoor ter sprake zijn geweest. Niet blijkt dat de tussenpersoon de gezondheidsverklaring zou hebben ingevuld en de consument geadviseerd zou hebben zijn klachten niet in te vullen. De tussenpersoon verklaart juist dat hij de antwoorden van de consument op de gezondheidsverklaring *niet* heeft gecontroleerd. Uit de zin *“Zeker niet gezegd dat hij dit open kon laten want daar was geheel geen reden voor.”* leidt de commissie af dat het standpunt van de tussenpersoon is dat hij *niet* heeft aangegeven dat de consument zijn klachten onvermeld moest laten op de gezondheidsverklaring.
- 3.18 Dat de tussenpersoon in zijn verklaring aangeeft dat het niet de bedoeling van de consument was om de klachten niet te melden op het formulier en er geen sprake is van (opzettelijke) verzwijging, is onvoldoende gelet op al hetgeen hiervoor is overwogen.
- 3.19 Dit alles maakt dat de commissie bewezen acht dat de consument zijn mededelingsplicht niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden met als doel een verzekering te sluiten die anders niet tot stand gekomen was.

3. De verzekeraar heeft voldaan aan de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW

- 3.20 De consument stelt dat de verzekeraar niet voldaan heeft aan artikel 7:929 lid 1 BW, omdat de verzekeraar niet binnen twee maanden, te rekenen vanaf de brief van 29 september 2023, een beroep heeft gedaan op schending van de mededelingsplicht (zie onder 2.20).
- 3.21 Uit het dossier blijkt dat op 11 augustus 2023 de medisch adviseur de verzekeraar heeft geadviseerd om nader onderzoek te doen in verband met concrete aanwijzingen voor het niet nakomen van de mededelingsplicht op grond van ontvangen informatie van de huisarts van 18 juli 2023. Uit die informatie bleek namelijk dat de consument op 8 maart 2017 bij de huisarts is geweest vanwege sinds drie maanden bestaande pijn in de rechterschouder. Dit zou volgens de medisch adviseur betekenen dat de klachten al begin december 2016 aanwezig waren.

De verzekeraar stelt dat dit advies de aanzet was om nader onderzoek in te stellen en dat dit bij brief van 29 september 2023 is meegedeeld. Er was op dat moment slechts een vermoeden van schending van de mededelingsplicht. Vervolgens heeft de medisch adviseur aanvullende medisch informatie opgevraagd bij de huisarts en de fysiotherapeut om een beeld te krijgen van de aard, de ernst en de duur van de bij de aanvraag en wijziging van de verzekering niet meegedeelde gezondheidsklachten. Op 14 december 2023 ontving de medisch adviseur dezelfde informatie van de huisarts als op 18 juli 2023. Op 1 februari 2024 ontving de medisch adviseur informatie van de fysiotherapeut. Op basis van deze informatie heeft de medisch adviseur op 19 februari 2024 advies uitgebracht aan de verzekeraar, waarin hij heeft geconcludeerd dat de consument zijn wervelkolom- en schouderklachten niet heeft gemeld op de gezondheidsverklaringen en hij bij kennis hiervan zou hebben geadviseerd de verzekeringsaanvraag uit te stellen (zie onder 2.8). Vervolgens heeft de medisch adviseur de consument hierover bij brief van 22 februari 2024 geïnformeerd. In die brief heeft de medisch adviseur de consument gevraagd om een toelichting hierop. Deze toelichting is op 27 februari 2024 ontvangen en vervolgens heeft de medisch adviseur op 27 maart 2024 weer advies uitgebracht aan de verzekeraar. Bij brief van 12 april 2024 heeft de verzekeraar de consument meegedeeld dat sprake is van schending van de mededelingsplicht en wat de gevolgen daarvan zijn.

3.22 De commissie is van oordeel dat wellicht de verzekeraar dan wel zijn medisch adviseur voortvarender had(den) kunnen handelen. Het onderzoek naar de schending van de mededelingsplicht heeft lang geduurd: van 11 augustus 2023 (eerste vermoeden) tot 12 april 2024 (afwijzingsbrief verzekeraar). Daar staat echter tegenover dat de verzekeraar de consument reeds per brief van 29 september 2023 heeft bericht onderzoek te doen naar *“onbekende klachten voor de ingangsdatum van uw verzekering”*, zodat de consument toen al wist wat er speelde, en dat de verzekeraar/de medisch adviseur vooral zorgvuldig onderzoek heeft willen doen naar de vraag of sprake is geweest van een schending van de mededelingsplicht. Op het laatste wijst bijvoorbeeld het feit dat de consument is gevraagd een toelichting te geven op de bevindingen van de medisch adviseur in zijn advies van 19 februari 2024.

3.23 Van niet-naleving van de termijn van twee maanden van artikel 7:929 lid 1 BW is naar het oordeel van de commissie dan ook geen sprake. Die termijn is gaan lopen op 19 februari 2024, toen de verzekeraar het advies van de medisch adviseur ontving. Met dat advies had de verzekeraar voldoende zekerheid dat sprake was van een schending van de mededelingsplicht. Vervolgens heeft de verzekeraar binnen twee maanden daarop een beroep gedaan, te weten op 12 april 2024.

4. De verzekeraar mocht de verzekering beëindigen, verdere uitkering weigeren en heeft recht op terugbetaling van de reeds gedane uitkeringen

3.24 Het voorgaande betekent dat de verzekeraar de verzekering mocht beëindigen op grond van artikel 7:929 lid 2 BW en uitkering mocht weigeren op grond van artikel 7:930 lid 5 BW.

Nu sprake is geweest van opzettelijke misleiding, is van geen belang of het acceptatiebeleid van de verzekeraar op het punt van de schouderklachten in overeenstemming is met dat van een redelijk handelend verzekeraar.

- 3.25 De verzekeraar heeft op grond van artikel 6:203 BW recht op terugbetaling van de reeds gedane uitkeringen.

5. De registratie van de persoonsgegevens van de consument

De externe registratie in het Incidentenregister en het EVR

- 3.26 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar opgenomen in het Incidentenregister en het EVR. Deze registers houden het volgende in. Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij ook de persoonsgegevens van de betrokkenen worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van de verzekeraar hebben toegang tot dit systeem. Toch kan deze registratie een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld.
- 3.27 De verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van de persoon die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systeem waar alle verzekeraar toegang toe hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of er over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn Incidentenregister. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan de betrokkene, in dit geval de consument, zullen weigeren.
- 3.28 Beide registers hebben dus (een zekere) externe werking, hoewel opname in alleen het Incidentenregister minder verstrekend is dan wanneer ook een melding in het EVR is gedaan.
- 3.29 Omdat deze registraties grote gevolgen hebben voor consumenten, mogen verzekeraars niet zonder goede reden persoonsgegevens opnemen in de genoemde registers. Er worden dan ook hoge eisen gesteld aan die reden(en).⁴ De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (hierna: PIFI). Aangezien die opname een verwerking van persoonsgegevens betreft, dient ook voldaan te worden aan de eisen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Uitvoeringswet AVG.

⁴ Zie o.a. Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, r.o. 4.3, en GC Kifid 2017-717 overweging 4.2.

Het is echter vaste rechtspraak dat het PIFI voldoende waarborgen biedt voor een rechtmatige verwerking van persoonsgegevens in genoemde registers. Het PIFI dient daarom tot uitgangspunt bij de beoordeling van de vraag of opname van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister en het EVR gerechtvaardigd is. Uit een arrest van de Hoge Raad volgt dat voor het registreren van persoonsgegevens op grond van artikel 5.2.1 onder a en b PIFI, vereist is dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit opleveren, in die zin dat de te verwerken strafrechtelijke persoonsgegevens in voldoende mate moeten vaststaan.⁵

- 3.30 Omdat de gegevens in het EVR zijn gekoppeld aan het incident dat in het Incidentenregister staat, is de incidentenregistratie toegestaan zolang de melding in het EVR is toegestaan.⁶ Als de melding in het EVR niet is toegestaan moet worden beoordeeld of de incidentenregistratie wel mag worden gehandhaafd.

De verzekeraar mocht de persoonsgegevens opnemen in het EVR

- 3.31 De commissie heeft onder 3.12-3.19 uiteengezet dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit brengt met zich dat een zwaardere verdenking bestaat tegen de consument dat hij heeft gefraudeerd dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld. Daarmee is voldaan aan de eerste vereisten voor registratie van zijn persoonsgegevens in het EVR.

De registratieduur moet worden verkort van zes naar drie jaar

- 3.32 De registratie moet ook voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Bij subsidiariteit gaat het om het uitgangspunt dat er geen lichter middel is om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is om andere verzekeraars erop te attenderen dat de consument een dreiging voor de (klanten of medewerkers van de) verzekeraars vormt of kan vormen. Dat doel is niet op een andere manier te bereiken dan met een melding in het EVR. Aan het subsidiariteitsvereiste is voldaan.
- 3.33 Bij proportionaliteit gaat het om de afweging van de belangen over en weer. Het belang van de financiële instellingen om opmerkzaam te worden gemaakt op fraude-gerelateerd gedrag van de consument moet zwaarder wegen dan het belang van de consument om zonder belemmeringen aan het financiële verkeer te kunnen deelnemen.

⁵ Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, r.o. 4.4, en Kifid GC 2018-377 overweging 4.2 en 4.3.

⁶ Artikel 5.1.1 PIFI.

- 3.34 Volgens de verzekeraar vormen de gedragingen van de consument die hebben geleid tot het oordeel dat sprake is van opzettelijke schending van de mededelingsplicht, een bedreiging voor financiële instellingen en staat in voldoende mate vast dat de consument hierbij betrokken was. De belangen van de verzekeringssector wegen daarom zwaarder dan de belangen van de consument. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar in het EVR geregistreerd. Hierbij heeft de verzekeraar in aanmerking genomen dat sprake was van een fors financieel belang voor de consument (het jaarlijks verzekerd belang van de verzekering was € 50.000,- met een looptijd tot 1 oktober 2047) en er sprake is van recidive. De consument heeft zowel bij de aanvraag van de verzekering in december 2016 als bij de wijziging van de verzekering in december 2019 onjuiste gegevens verstrekt. Daarnaast ontbreekt volgens de verzekeraar oprechte spijt en bewustzijn dat sprake is van een onjuiste opgave hetgeen ook blijkt uit de gegeven verklaring van de consument op 27 februari 2024.
- 3.35 De consument stelt dat hij door de registratie ernstig wordt benadeeld in de uitoefening van zijn beroep. Hij kan nu geen, dan wel zeer moeilijk of kostbaar, verzekeringen afsluiten.
- 3.36 De commissie begrijpt dat de registratie nadelige gevolgen heeft voor de consument, maar komt op basis van de feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de verzekeraar voldoende heeft gemotiveerd dat het belang van de financiële sector bij registratie van de persoonsgegevens van de consument zwaarder weegt dan het belang van de consument bij niet registreren van haar persoonsgegevens.
- 3.37 Met betrekking tot de duur van de registratie komt de commissie tot een andere afweging dan de verzekeraar. Weliswaar is, zoals de verzekeraar stelt, sprake van een fors financieel belang aangezien de jaarrente € 50.000,- betreft, maar niet gebleken is dat de consument recht zou hebben gehad op dat bedrag, laat staan dat zijn opzet op verkrijging van precies dat bedrag gericht was. Niet uit te sluiten valt dat de consument na enkele maanden arbeidsongeschiktheid weer aan het werk zou zijn gegaan. Ook op het argument dat sprake is van recidive valt wat af te dingen. De consument heeft weliswaar twee keer de op hem rustende mededelingsplicht geschonden, maar het gaat dan wel om dezelfde niet-medegedeelde feiten: de schouderklachten. Al met al vindt de commissie een registratieduur van drie jaar voldoende. Die termijn doet voldoende recht aan de gebleken opzettelijke schending van de mededelingsplicht en het risico dat daaruit voortvloeit voor andere financiële dienstverleners. Hierbij acht de commissie van belang dat de consument erop gewezen heeft dat hij als ZZP-er werkt en dat hij ernstig wordt benadeeld in de uitoefening van zijn beroep met de door de verzekeraar opgenomen registraties. De registratieduur in het EVR moet dan ook worden verkort naar drie jaar.

De registratie in het Incidentenregister en de melding aan het CBV

- 3.38 Het EVR is gekoppeld aan het Incidentenregister (artikel 5.1.1 PIFI). Dit brengt mee dat zolang registratie in het EVR terecht en proportioneel is, de gegevens ook in het Incidentenregister blijven staan.

Hierboven is vastgesteld dat de opname van de gegevens in het EVR voor drie jaar proportioneel is. Dit brengt mee dat deze gegevens in het Incidentenregister voor dezelfde duur mag blijven staan. De commissie is niet gebleken van omstandigheden die een langere duur van de registratie in het Incidentenregister dan de duur van de EVR rechtvaardigen. Dit betekent dat ook de registratie in het Incidentenregister na drie jaar moet worden verwijderd.

- 3.39 Op grond van artikel 4.2.3. van het Protocol mogen de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld worden met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het CBV. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen mocht de verzekeraar het CBV van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in kennis stellen. De verzekeraar hoeft de melding aan het CBV daarom niet in te trekken.

De interne registratie in de Gebeurtenissenadministratie is terecht

- 3.40 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument ook opgenomen in zijn de Gebeurtenissenadministratie voor de duur van zes jaar. Dit register is onderdeel van het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. Het doel van een registratie in dit register is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.⁷
- 3.41 Omdat de registratie in de externe registers is toegestaan, is de interne registratie dat ook. De commissie ziet geen aanleiding om de duur van de interne registratie (zes jaar) te verkorten, omdat de gevolgen van deze vermelding voor de consument beperkt zijn. De interne registratie werkt uitsluitend binnen de organisatie van de verzekeraar.

6. De verzekeraar heeft recht op vergoeding van de onderzoekskosten

- 3.42 De verzekeraar heeft de kosten van € 2.477,10 die hij voor de arbeidsongeschiktheidsclaim heeft moeten maken teruggevorderd. De verzekeraar heeft een overzicht verstrekt van gemaakte kosten voor arbeidsdeskundig onderzoek (€ 1.025,98) en voor de werkzaamheden van de extern ingeschakelde medisch adviseur (€ 1.451,12). In het overzicht staan de datum, de werkzaamheden en de kosten gespecificeerd.
- 3.43 De commissie overweegt dat de consument als verzekeringnemer van de verzekeraar verplicht is om juiste informatie te verstrekken. Als hij deze verplichting niet nakomt, is sprake van wanprestatie en moet hij de schade die de verzekeraar daardoor lijdt vergoeden.⁸ Zoals hiervoor is vastgesteld is de consument deze verplichting niet nagekomen.

⁷ Artikel 4.5.3 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars.

⁸ Zie artikel 6:74 BW.

- 3.44 Verder is van belang dat de door de verzekeraar teruggevorderde onderzoekskosten alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de verzekeraar op enigerlei wijze aantoonst dat hij deze kosten daadwerkelijk heeft gemaakt en als de omvang van de kosten redelijk is. Dit is de zogenoemde dubbele redelijkheidstoets.⁹
- 3.45 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar met het overgelegde overzicht in voldoende mate heeft onderbouwd welke werkzaamheden zijn verricht en welke kosten zijn gemaakt. Niet is gebleken dat de gemaakte kosten onredelijk zijn. Dit betekent dat de verzekeraar de onderzoekskosten van € 2.477,10 van de consument mocht terugvorderen.

Slotsom

- 3.46 De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht opzettelijk geschonden. De verzekeraar mocht overgaan tot alle door hem genomen maatregelen. Wel moet de duur van de registratie in het EVR en het Incidentenregister worden verkort van zes naar drie jaar. De klacht is (grotendeels) ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen van de consument af, behalve op het punt van de duur van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR en het Incidentenregister. Die duur moet worden verkort van zes naar drie jaar.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

⁹ Artikel 6:96 lid 2 sub b BW.

Bijlage – Juridisch kader schending mededelingsplicht en relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaringen en wet- en regelgeving

Juridisch kader schending mededelingsplicht

Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:

- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar)
- die hij kent of behoort te kennen
- en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen

aan de verzekeraar mee te delen.

De mededelingsplicht waarop artikel 7:928 lid 1 BW betrekking heeft, geldt tot het moment dat de verzekering is gesloten. De precontractuele mededelingsplicht houdt dus niet op te bestaan na het ondertekenen en verzenden van het aanvraagformulier en/of medische vragenlijst door de aspirant-verzekeringnemer, maar blijft bestaan totdat de verzekering daadwerkelijk is gesloten.¹⁰

Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.¹¹

Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.¹²

Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van een verzekeringsovereenkomst.

Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts onder andere voorwaarden of niet zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde.

¹⁰ Zie ook Hoge Raad (hierna: HR) 22 september 2017 ECLI:HR:2017:2447.

¹¹ Zie HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.

¹² Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3

Als de verzekeraar erin slaagt te bewijzen dat de verzekeringnemer de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden, is hij geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 5 BW).¹³

Daarnaast kan de verzekeraar op grond van artikel 7:929 BW de verzekering meteen opzeggen als i) de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken, maar ook als ii) de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de precontractuele mededelingsplicht 'ontdekt'.

Om te kunnen spreken van 'ontdekking' van het niet voldoen aan de mededelingsplicht in de zin van artikel 7:929 lid 1 BW is een vermoeden daarvan niet voldoende. De termijn gaat pas lopen als de verzekeraar daaromtrent een voldoende mate van zekerheid heeft. Het is afhankelijk van de omstandigheden van het geval wanneer de verzekeraar de bedoelde zekerheid heeft verkregen, en of en in welke mate van de verzekeraar mag worden verwacht dat hij onderzoek doet nadat hij aanwijzingen heeft gekregen dat de verzekeringnemer diens mededelingsplicht niet is nagekomen.¹⁴ De bewijslast ligt bij de verzekeraar.¹⁵

Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar.¹⁶ Dit geldt niet bij opzettelijke schending van de mededelingsplicht.

Het hiervoor uiteengezette juridisch kader is ook van toepassing als de verzekeraar naar aanleiding van een wijzigingsverzoek een vragenlijst voorlegt aan de verzekeringnemer.¹⁷

Gezondheidsverklaring

(...)

Vul alle vragen goed in.

Dat is belangrijk. En dat bent u verplicht. Daarmee voorkomt u bijvoorbeeld dat:

- de verzekeraar de verzekering in de toekomst stopt;
- (...)

¹³ HR 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, overweging 3.3.3.

¹⁴ HR 7 juli 2023, ECLI:NL:HR:2023:1050.

¹⁵ HR 5 februari 2021, ECLI:NL:HR:2021:178, overweging 3.3.2.

¹⁶ HR van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

¹⁷ Zie Hof Amsterdam 23 november 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:5132, r.o. 4.11.

- de verzekeraar geen uitkering geeft bij arbeidsongeschiktheid.

Noem al uw klachten. Ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn. Of als u niet bij een dokter bent geweest.

(...)

Ondertekening

(...)

U verklaart het volgende:

U heeft de Toelichting op de gezondheidsverklaring gelezen. Deze Toelichting hoort bij de verklaring.

U heeft alle vragen beantwoord. Uw antwoorden kloppen. Daarmee voorkomt u dat de rechten uit deze overeenkomst kunnen vervallen.

Aanvraagformulier

Toelichting op uw mededelingsplicht

a. U bent de aanvrager en/of kandidaat-verzekeringnemer. U moet de vragen in dit aanvraagformulier zo goed mogelijk beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden over anderen die u meeverzekert. Bij de beantwoording is niet alleen uw eigen kennis belangrijk, maar ook de kennis van anderen die belang hebben bij deze verzekering. Denkt u dat wij het antwoord op sommige vragen al weten? Dan moet u deze vragen toch zo goed mogelijk beantwoorden. Dit is uw mededelingsplicht.

Zorg dat u aan uw mededelingsplicht voldoet. Daarmee voorkomt u dat u geen uitkering krijgt. Of dat u minder geld krijgt. Heeft u ons met opzet misleid? Of zouden wij de verzekering niet hebben gesloten als wij op de hoogte waren van de echte situatie? Dan kunnen wij de verzekering stopzetten.

(...)

d. Tot slot geldt het volgende (anders dan artikel 7:928 BW) :

- Heeft u een vraag niet beantwoord? Dan gaan wij ervan uit dat uw antwoord 'nee' is.
- U beantwoordt de vragen naar waarheid. U houdt geen informatie achter waarvan u kunt begrijpen dat dit belangrijke informatie is voor ons om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen.

Burgerlijk Wetboek

Artikel 6:74 BW

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Artikel 6:96 lid 2 sub b BW

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

Artikel 7:928 BW

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
(...)
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
(...)

Artikel 7:929 BW

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 7:930 BW

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. Met ingang van 1 juli 2023 geldt de volgende aanvullende tekst: De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (PIFI)

2 Begripsbepalingen

In dit Protocol wordt verstaan onder:

Incident: een gebeurtenis die als gevolg heeft, zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota's, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding;

3.1 Incidentenregister en Extern Verwijzingsregister

3.1.1 Iedere Deelnemer heeft een Incidentenregister. In het Incidentenregister worden door de betreffende Deelnemer gegevens van (rechts)personen vastgelegd ten behoeve van het in artikel 4.1.1 Protocol genoemde doel, naar aanleiding van of betrekking hebbend op een Incident.

(...)

3.1.3 Aan het Incidentenregister is het Extern Verwijzingsregister gekoppeld. Het Extern Verwijzingsregister bevat uitsluitend Verwijzingsgegevens die onder strikte voorwaarden conform artikel 5.2 Protocol door de Deelnemers mogen worden opgenomen. Het Extern Verwijzingsregister is raadpleegbaar door de Deelnemers, alsmede de Organisatie van de Deelnemers via een Verwijzingsapplicatie. De Verwijzingsgegevens worden ontsloten door de Verwijzingsapplicatie

4.1 Doel Incidentenregister en vastlegging van gegevens in het Incidentenregister

4.1.1 Met het oog op het kunnen deelnemen aan het Waarschuwingssysteem is iedere Deelnemer gehouden de volgende doelstelling voor het vastleggen van gegevens in het Incidentenregister te hanteren:

‘Het geheel aan Verwerkingen ten aanzien van het Incidentenregister heeft tot doel het ondersteunen van activiteiten gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector, daaronder mede begrepen (het geheel van) activiteiten die gericht zijn:

- op het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van gedragingen die kunnen leiden tot benadeling van de branche waar de Financiële Instelling deel van uitmaakt, van de economische eenheid (groep) waartoe de Financiële Instelling behoort, van de Financiële Instelling zelf, alsmede van haar cliënten en medewerkers;
- op het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van oneigenlijk gebruik van producten, diensten en voorzieningen en/of (pogingen) tot strafbare of laakbare gedragingen en/of overtreding van (wettelijke) voorschriften, gericht tegen de branche waar de Financiële Instelling deel van uitmaakt, de economische eenheid (groep) waartoe de Financiële Instelling behoort, de Financiële Instelling zelf, alsmede haar cliënten en medewerkers;
- op het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen.’

4.1.2 Bij de vastlegging in het Incidentenregister moeten het proportionaliteitsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel in acht worden genomen.

4.2 Toegang tot het Incidentenregister

(...)

4.2.3 De gegevens in het Incidentenregister van de Deelnemer mogen tevens worden uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte, coördinatiefuncties van de NVB, Verbond, VFN, ZN en SFH (de Fraudeloketten).

4.3 Verwijdering van gegevens uit het Incidentenregister

4.3.1 Indien niet langer aan de voorwaarden van artikel 3.1.1 en 3.4.7 Protocol wordt voldaan draagt de Deelnemer zorg voor verwijdering van dit gegeven uit het Incidentenregister. De Deelnemer doet dit ook op basis van een gehonoreerd verzoek tot wissing van gegevens conform artikel 9.4 Protocol.

4.3.2 Onverminderd het bepaalde in artikel 4.3.1 Protocol beoordeelt de Deelnemer na afloop van een onderzoek of opname van Persoonsgegevens in het Incidentenregister nog steeds voldoet aan de doelomschrijving van artikel 4.1.1 Protocol en de toets van artikel 4.1.2 Protocol.

4.3.3 Verwijdering van gegevens uit het Incidentenregister moet plaatsvinden uiterlijk 8 jaar na opname van het betreffende gegeven in het Incidentenregister, tenzij zich ten aanzien van de betreffende (rechts)persoon een nieuwe aanleiding heeft voorgedaan die opname in het Incidentenregister rechtvaardigt. Ten aanzien van de duur wordt getoetst aan het proportionaliteitsbeginsel.

5.1 Functie van het Extern Verwijzingsregister

5.1.1 Volledige en ongecontroleerde toegang tot het Incidentenregister van een Deelnemer door de overige Deelnemers is niet wenselijk. Daarom is er voor gekozen aan het Incidentenregister een Extern Verwijzingsregister te koppelen. In het Extern Verwijzingsregister zijn uitsluitend Verwijzingsgegevens opgenomen. Het Extern Verwijzingsregister is raadpleegbaar door de (Organisaties van de) Deelnemers.

Nadat door een Deelnemer wordt vastgesteld dat een (rechts)persoon is opgenomen in het Extern Verwijzingsregister, zijn volgens het bepaalde in artikel 4.2 Protocol gegevens uit het Incidentenregister voor Veiligheidszaken van de Deelnemer beschikbaar. Op deze wijze worden gegevens uit het Incidentenregister op een zorgvuldige en gecontroleerde wijze beschikbaar voor de (Organisaties van de) Deelnemers.

5.2 Vastlegging van gegevens in het Extern Verwijzingsregister

5.2.1 De Deelnemer dient de Verwijzingsgegevens van (rechts)personen die aan de hierna onder a en b vermelde criteria voldoen en onder toepassing van het onder c genoemde proportionaliteitsbeginsel op te nemen in het Extern Verwijzingsregister.

- a. De gedraging(en) van de (rechts)persoon vormden, vormen of kunnen een bedreiging vormen voor (I) de (financiële) belangen van cliënten en/of medewerkers van een Financiële Instelling, alsmede de (Organisatie van de) Financiële Instelling(en) zelf of (II) de continuïteit en/of de integriteit van de financiële sector.
- b. In voldoende mate staat vast dat de betreffende (rechts)persoon betrokken is bij de onder a bedoelde gedraging(en). Deze vaststelling betekent dat van strafbare feiten in principe aangifte of klachten wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar.

c. Het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen.

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars

In de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars zijn de volgende relevante artikelen opgenomen:

3. Beginselen

3.1 Algemeen

3.1.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving. Zij respecteren de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en vertrouwelijkheid en verwerken Persoonsgegevens op een transparante, behoorlijke en zorgvuldige wijze.

3.2 Grondslagen verwerking

3.2.1 Verzekeraars baseren iedere Verwerking van Persoonsgegevens op een in geldende wetten regelgeving opgenomen grondslag. De Gedragscode bevat een nadere uitwerking van rechtmatige grondslagen uit wet- en regelgeving voor Verwerkingen van Persoonsgegevens door Verzekeraars.

3.3 Verzameling Persoonsgegevens

3.3.1 Verzekeraars verzamelen Persoonsgegevens voor welbepaalde en uitdrukkelijk omschreven doeleinden. In de Gedragscode staat een aantal van deze doeleinden verder uitgewerkt in artikel 4. Daarnaast kunnen Verzekeraars in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving Persoonsgegevens Verwerken op grond van andere doeleinden. Verzekeraars omschrijven de doeleinden van Verwerkingen en de bronnen van Persoonsgegevens in een privacybeleid.

4. Doeleinden

4.1 Algemeen

4.1.1 Verzekeraars beschrijven de doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens in hun privacybeleid. Artikel 4 werkt veelvoorkomende doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens door Verzekeraars nader uit.

4.1.2 Verzekeraars voeren een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (hierna DPIA) uit als bedoeld in artikel 7.4, zodra zij Persoonsgegevens verder verwerken voor andere doeleinden dan beschreven in het privacybeleid en deze verdere verwerking, gelet op de aard, de omvang, de context en de doeleinden daarvan waarschijnlijk een hoog risico inhoudt voor de rechten en vrijheden van natuurlijke personen. Deze verdere Verwerking van Persoonsgegevens is alleen geoorloofd als het nieuwe doel verenigbaar is met het oorspronkelijke doel van de Verwerking. Verzekeraars informeren de Betrokkene over de nieuwe Verwerking van Persoonsgegevens in overeenstemming met afdeling 6 van de Gedragscode.

(...)

4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening

4.5.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens om de integriteit en veiligheid van (de dienstverlening van) de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en van de verzekeringsbranche te waarborgen. Zij treffen daartoe maatregelen, waaronder het (laten) uitvoeren van een interne audit en het inrichten van een Incidentenregister en eventuele deelname aan andere waarschuwingssystemen.

4.5.2 Een audit richt zich op het handelen van Verzekeraars of ingeschakelde Derden. De Verzekeraars treffen passende waarborgen ter bescherming van Persoonsgegevens van de Betrokkene gedurende het onderzoek van de Verzekeraar of ingeschakelde Derden. Een auditverslag bevat geen Persoonsgegevens.

4.5.3 Verzekeraars houden een Gebeurtenissenadministratie bij ter waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Verzekeraars informeren Betrokkenen over het bestaan en de mogelijkheid tot Verwerking van Persoonsgegevens in dit verband. De afdeling Veiligheidszaken of een andere daartoe aangewezen afdeling bij een Verzekeraar kan besluiten de Persoonsgegevens uit de Gebeurtenissenadministratie op te nemen in een Intern Verwijzingsregister (IVR). In het IVR nemen Verzekeraars uitsluitend Persoonsgegevens op van (rechts)personen die een risico vormen voor de veiligheid en/of integriteit van de Verzekeraar of de Groep waartoe de Verzekeraar behoort. Indien een gebeurtenis voldoet aan de criteria uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI), nemen Verzekeraars de relevante Persoonsgegevens op in een Incidentenregister en, in voorkomende gevallen, het Extern Verwijzingsregister (EVR). In overeenstemming met artikel 2.2.2 van de Gedragscode is het PIFI van toepassing op deze Verwerking.

5. Bijzondere persoonsgegevens

(...)

5.2 Strafrechtelijke gegevens

5.2.1 De Verzekeraar verwerkt alleen Strafrechtelijke gegevens als:

- (a) de Betrokkene uitdrukkelijke toestemming heeft verleend; of
- (b) deze noodzakelijk zijn voor de beoordeling en acceptatie van een Betrokkene als Verzekerde en het uitvoeren van een verzekering. De Verzekeraar kan de Betrokkene vragen naar het bestaan van strafrechtelijke feiten en een strafrechtelijk verleden van de aanstaande Verzekerde en meeverzekerden (waaronder bestuurders en aandeelhouders van rechtspersonen); of
- (c) ter waarborging van de veiligheid en integriteit van de sector in overeenstemming met artikel 4.5 van de Gedragscode; of
- (d) de Verwerking betrekking heeft op Strafrechtelijke gegevens die de Betrokkene kennelijk zelf heeft geopenbaard; of
- (e) de Autoriteit Persoonsgegevens een vergunning heeft verleend voor de Verwerking; of
- (f) dit noodzakelijk is voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden, in overeenstemming met artikel 4.3.3. van de Gedragscode; of
- (g) dit noodzakelijk is voor de vaststelling, uitoefening of de verdediging van de belangen van de Verzekeraar bij geschillenbeslechting; of
- (h) naleving van wet- en regelgeving dit vereist.

(...)

5.2.3 Verzekeraars kunnen strafrechtelijke gegevens uitsluitend verstrekken aan medewerkers van Groepsmaatschappijen indien toegang tot deze gegevens noodzakelijk is voor de uitoefening van hun functie of om de gegevens vervolgens te verstrekken aan opsporingsdiensten. Deze verstrekking binnen Groepsmaatschappijen is beperkt tot:

- (a) persoonsgegevens die betrekking hebben op strafbare feiten die zijn, of op grond van feiten en omstandigheden naar verwachting worden, begaan tegen de Groep; of
- (b) persoonsgegevens die onrechtmatig gedrag tegen de Groep kunnen bewijzen.

10. Definities

Gebeurtenis is een voorval dat de aandacht verlangt van een Verzekeraar vanwege een (mogelijk) effect op de veiligheid en integriteit van de bedrijfsvoering, werknemers, klanten, overige relaties en de verzekeringsbranche. Hieronder valt bijvoorbeeld mogelijke fraude of ander laakbaar of onrechtmatig gedrag, potentiële en daadwerkelijke vorderingen, onder meer ten aanzien van een met een Verzekeraar gesloten overeenkomst en het niet nakomen van contractuele verplichtingen of andere (toerekenbare) tekortkomingen;

Gebeurtenissenadministratie is de Verwerking van Persoonsgegevens in verband met een Gebeurtenis;

In de toelichting bij artikel 4.5.3 is het volgende opgenomen:

Eén van de veiligheidsmaatregelen die Verzekeraars nemen is het vastleggen van Gebeurtenissen die van belang kunnen zijn voor de veiligheid en integriteit van de onderneming en de sector. Deze Gebeurtenissen worden door Verzekeraars vastgelegd in een administratie. Dit deel van de administratie wordt de Gebeurtenissenadministratie genoemd. In deze administratie worden gegevens bijgehouden die naar het oordeel van de Verzekeraar van belang kunnen zijn voor de kwaliteit, veiligheid en integriteit van de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en de verzekeringsbranche. Het kan daarbij gaan om uiteenlopende gebeurtenissen. Denk aan uitkomsten van screeningsverzoeken, klachten van klanten, (mogelijke) verzekeringsfraude of het niet naleven van afspraken waaronder structureel wanbetalingsgedrag of faillissementen. De Gebeurtenissenadministratie is een verzameling van gegevens en vormt het geheugen van de Verzekeraar. Verzekeraars hebben geen inzage in elkaars Gebeurtenissenadministraties, tenzij ze deel uitmaken van dezelfde Groep. Ondernemingen die behoren tot een Groep kunnen ook een gezamenlijke Gebeurtenissenadministratie voeren.

De afdeling Veiligheidszaken of een daartoe aangewezen afdeling van de Verzekeraar kan besluiten de verwijzingsgegevens van personen waarvan gegevens zijn vastgelegd in de Gebeurtenissenadministratie op te nemen in een Intern Verwijzingsregister (IVR). Een klein deel van de informatie uit de Gebeurtenissenadministratie wordt zo toetsbaar. Het IVR bestaat ter voorkoming van toegang tot Persoonsgegevens van een brede groep medewerkers en om veilig gebruik binnen de Groep waartoe de Verzekeraar behoort te faciliteren. Dit register kan dus, net zoals de Gebeurtenissenadministratie, niet door andere verzekeraars worden geraadpleegd.

Een IVR bevat verwijzingsgegevens. Dit zijn identificerende gegevens (NAW-gegevens en geboortedatum) van personen die een zeker risico vormen. Het IVR bevat dus geen aanvullende informatie over de persoon of de Gebeurtenis. De Verzekeraar maakt steeds een zorgvuldige afweging voordat verwijzingsgegevens worden opgenomen, waarbij het gewicht van de Gebeurtenis een belangrijke rol speelt (direct of voor de toekomst). Om een Gebeurtenis op deze wijze binnen maatschappij of Groep te delen, kan onder meer een rol spelen of een redelijk vermoeden bestaat van opzettelijke benadeling door de Betrokkene. Het kan bijvoorbeeld gaan om oneigenlijk gebruik van producten, diensten en voorzieningen van een Verzekeraar of pogingen daartoe. Denk ook aan het intern signaleren van een redelijk vermoeden van het plegen van strafbare of laakbare gedragingen of (een poging tot) overtredingen van (wettelijke) voorschriften gericht tegen de Verzekeraar, haar klanten of medewerkers.

Voor zover relevant voor zijn werkzaamheden kan een medewerker van de Verzekeraar het IVR raadplegen. Bijvoorbeeld als een persoon klant wil worden of bij sollicitatieprocedures. Er vindt een toets plaats aan de hand van de NAW-gegevens en geboortedatum van de betreffende persoon. Het systeem van de toetsing werkt op basis van hit-no hit.

De medewerker die de toets uitvoert ziet bij een hit niet waarom, maar wel dat een (rechts)persoon is opgenomen. In het geval van een hit moet de medewerker altijd de afdeling Veiligheidszaken of een daartoe aangewezen afdeling van de Verzekeraar inschakelen die de medewerker vervolgens adviseert. Het advies kan bijvoorbeeld zijn om wel of geen contract met de sollicitant aan te gaan. Met betrekking tot een klant kunnen bijvoorbeeld speciale voorwaarden worden afgesproken, zoals aanvullende polisvoorwaarden of dekkingsbeperkingen. Relevante afdelingen of medewerkers kunnen zo op de hoogte worden gesteld dat bepaalde personen of zaken extra aandacht nodig hebben.

Naast het hebben van een Gebeurtenissenadministratie en een IVR dient een Verzekeraar ook een branchewaarschuwingssysteem te voeren. Dit is een systeem dat het mogelijk maakt voor Verzekeraars om elkaar te waarschuwen. Omdat Persoonsgegevens in dit geval buiten de Groep worden gedeeld, gelden hiervoor bijzondere aanvullende regels. De regels met betrekking tot het branchewaarschuwingssysteem zijn vastgelegd in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI).

In bepaalde gevallen kunnen Verzekeraars Persoonsgegevens in verband met royementen, vorderingen, het indienen van een claim en andere Gebeurtenissen mede vastleggen in registers die worden onderhouden door een onafhankelijke rechtspersoon, bijvoorbeeld de Stichting Centraal Informatiesysteem die optreedt als Verantwoordelijke voor het Centraal Informatie Systeem in de verzekeringsbranche. Op het verstrekken en raadplegen van Persoonsgegevens in deze systemen is deze Gedragscode van toepassing. De Verwerking van de Persoonsgegevens in de systemen zelf valt buiten de Gedragscode. De Stichting Centraal Informatie Systeem hanteert daarvoor een eigen privacy- en gebruikersreglement, dat is te raadplegen via de website: <https://www.stichtingcis.nl/nlnl/regelgeving.aspx>.