Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2022-1023

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. P.J. Neijt, mr. dr. N. Strohmaier, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Klacht ontvangen op	16 mei 2022
Ingediend door	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	2 december 2022
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen

Samenvatting

Reisverzekering. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend vanwege diefstal van spullen uit de auto tijdens een vakantie in Italië. Op verzoek van de verzekeraar heeft de consument schriftelijk vragen beantwoord. De consument heeft onder meer geantwoord dat hij de schade de volgende dag zou hebben ontdekt. Nadat de verzekeraar de claim had afgewezen omdat de auto geen veilige opbergplek is, heeft de consument een andere toedracht van de diefstal gegeven. De commissie volgt het standpunt van de verzekeraar dat de consument heeft geprobeerd om door een onjuiste voorstelling van de toedracht de schade alsnog vergoed te krijgen. De verzekeraar mocht de schade afwijzen en de persoonsgegevens van de consument registreren in het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie. Vordering 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 namens de consument ingediende repliek en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 11 oktober 2022. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn professioneel vertegenwoordiger mr. C.M.T. van de Wiel, jurist bij Stichting Achmea Rechtsbijstand, en [naam 1], partner. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 2], stafmedewerker kwaliteit en Kifid en mr. [naam 3], jurist.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft bij de verzekeraar een doorlopende reisverzekering.

2.2 Tijdens een rondreis in Italië verbleven de consument en zijn partner in de periode van 7 tot en met 10 september 2021 in Rome. Tijdens dit verblijf is in hun auto ingebroken en zijn spullen gestolen. De consument heeft dit op 10 september 2021 om 9:14 uur ontdekt en de diefstal diezelfde dag telefonisch aan de verzekeraar gemeld. In de telefoonnotitie heeft de verzekeraar hierover het volgende genoteerd:

"*Italie, auto leeggehaald*
raam ingeslagen – vio achterbak naar kofferbak
nieuwe artikelen in de kofferbak – was wezen shoppen eerder
Dure merkkleding – Gucci/Stone Island etc. Nog in de doos
Nog wat andere spullen die ev al had.
op parkeerplaats bij hotel in Rome – in de nacht gebeurd?
Auto, zelf hotels geboekt, 2 personen. Ev + partner."

2.3 Eveneens op 10 oktober 2021 heeft de partner van de consument bij de Italiaanse politie aangifte gedaan van de diefstal met braak.

2.4 De verzekeraar heeft vragen aan de consument gesteld over de schade. Deze vragen zijn op 21 september 2021 via het e-mailadres van de consument beantwoord. De volgende vragen en antwoorden zijn relevant:

"***Wat is er precies gebeurd?***

Tijdens onze vakantie verbleven wij van 7-9-2020 t/m 10-09-2021 in Rome. Wij waren op dat moment al 30-8-2021 begonnen aan onze rondreis door Italië. Op het moment van verblijf in Rome is er in onze auto ingebroken. Doordat de ruit van de passagiers kant rechterzijde is ingeslagen met een scherp voorwerp er is daardoor een schade ontstaan aan de deurpost ook hebben ze schade gemaakt aan de deurzijde van de passagiersdeur. Dit hebben wij pas de volgende ochtend om 9:14 ontdekt nadat wij uitgecheckt waren uit ons hotel. Wij zagen terwijl wij onderweg waren naar de plek waar onze auto geparkeerd stond al dat er was ingebroken in onze auto.

Waar was u op dat moment? Hoe laat was dit?

Op het moment van het incident waren wij in ons hotel dit was omstreeks 23:46 tot de volgende ochtend 9:00

Wanneer had u de spullen/het object nog in uw bezit? Hoe laat was dit? Hoe laat ontdekte u de vermissing? Hoe laat was dit?

De bezittingen die nog in onze auto lagen hadden op 9-9-2021 nog in ons bezit. Wij ontdekte de vermissing van de spullen op 10 September 2021 om 9:14 (…)"

2.5 Bij brief van 30 september 2021 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat de geclaimde spullen niet worden vergoed, omdat de spullen in de auto waren opgeborgen en dit geen veilige opbergplaats is. Volgens artikel 9 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is de schade dan niet verzekerd.

2.6 Diezelfde dag heeft de partner van de consument met de verzekeraar gebeld. De telefoonnotitie van dat gesprek vermeldt, voor zover van belang, het volgende:

"*(…)*
- verz is het niet eens met de afwijzing. Spullen lagen in de kofferbak.
- verz verwezen naar artikel 9 → veilige plek
- verz het niet mee eens, dus ik bepaal dus dat zijn hotelkamer veiliger was?
- wij zijn idd van mening dat een hotelkamer veiliger is dan een auto.
- verz het niet mee eens en gaat zijn advocaat inschakelen. (…)"

2.7 Hierna heeft de consument ook op 30 september 2021 met een e-mail aan de verzekeraar verklaard dat sprake is van een misverstand en dat de verzekeraar een onjuiste conclusie heeft getrokken. De consument en zijn partner hadden de spullen namelijk niet in de auto achtergelaten. Zij waren 's ochtends bezig met uitchecken uit hun hotel en hebben de spullen alvast in de auto gezet, omdat zij niet meteen aan de beurt waren. In de tijd tot zij waren uitgecheckt en naar hun auto waren gelopen is er in de auto ingebroken.

2.8 Op 7 oktober 2021 heeft de verzekeraar een fraude onderzoek gestart en heeft hij de consument hierover geïnformeerd, omdat volgens hem sprake was van een aangepaste verklaring. De consument heeft zich in het vervolg van de procedure laten bijstaan door zijn vertegenwoordiger (hierna 'de vertegenwoordiger').

2.9 Bij brief van 22 oktober 2021 heeft de verzekeraar de consument bericht dat zijn voorlopige standpunt is dat de consument heeft gefraudeerd. Bij brief van 5 november 2021 heeft de vertegenwoordiger hierop gereageerd.

2.10 Bij brief van 1 december 2021 heeft de verzekeraar aan de vertegenwoordiger medegedeeld dat hij bij zijn standpunt blijft en dat hij de persoonsgegevens van de consument voor acht jaar in het Incidentenregister registreert. Ook heeft hij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit ('CBV') over deze registratie geïnformeerd.

2.11 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument ook voor de duur van acht jaar in de Gebeurtenissenadministratie opgenomen.

De klacht en vordering

2.12 De consument vordert dat de verzekeraar zijn schade van ongeveer € 10.000,- vergoedt en de registratie van zijn persoonsgegevens doorhaalt en de mededeling aan het CBV intrekt. De consument legt de volgende stellingen aan zijn vordering ten grondslag.

2.13 Er is geen sprake van fraude. Er is sprake van een misverstand. De consument en zijn partner hebben de spullen niet al 's avonds in de auto achtergelaten. Zij hebben die spullen toen meegenomen naar het hotel. Pas de volgende dag toen de consument en zijn partner moesten wachten om uit te checken, hebben zij die spullen alvast in de auto gelegd. Er zat niet veel tijd tussen dit moment en het moment waarop zij weer bij de auto terugkeerden. Bij het beantwoorden van de vragen van de verzekeraar is een verkeerde woordkeuze gebruikt.

2.14 De consument en zijn partner hebben geen ervaring met het indienen van een claim. Door de schrik van de inbraak heeft de consument niet duidelijk omschreven dat hij de spullen in twee keer naar de auto heeft gebracht. Er was geen discussie mogelijk met de verzekeraar. Hij vond dat alle losse onderdelen, zoals een kinderzitje, uit de auto moesten worden gehaald.

2.15 In tegenstelling tot de mededeling van de verzekeraar dat de consument een waarschuwing zou krijgen, heeft hij direct maatregelen getroffen. De registratieduur van acht jaar is disproportioneel.

Het verweer

2.16 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 De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de verzekeraar de schadeclaim van de consument mocht afwijzen. Daarna zal zij beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren en zo ja, voor welke duur en of zij melding van de fraude mocht doen aan het CBV.

Schadeclaim

3.2 De verzekeraar stelt zich ten eerste op het standpunt dat geen sprake is van een verzekerde gebeurtenis en ten tweede dat de consument met zijn tweede verklaring heeft geprobeerd hem met opzet te misleiden met het doel een uitkering te krijgen waarop hij geen recht heeft. Omdat het tweede standpunt van de verzekeraar het verst strekkend is en hij hieraan ook maatregelen ten nadele van de consument heeft verbonden, zal de commissie allereerst dit standpunt bespreken. Als dit verweer slaagt, komt de commissie niet toe aan de bespreking van het eerste verweer.

Juridisch kader

3.3 Op grond van artikel 7:941 van het Burgerlijk Wetboek ('BW') is, kort gezegd, de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verschaffen die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (lid 2) en vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden (lid 5). De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een schade-uitkering te krijgen waarop hij geen recht heeft.[1] De hoofdregel is dat het op de weg van de verzekeraar ligt om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met het opzet een schade-uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had.

Heeft de consument gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden?

3.4 Volgens de verzekeraar bestaat geen recht op uitkering, omdat de consument nadat zijn schadeclaim is afgewezen een tweede verklaring over de schadetoedracht heeft afgegeven die tegenstrijdig is met de eerste verklaring. Uit de eerste verklaringen van de consument kan namelijk worden opgemaakt dat de als gestolen opgegeven spullen in de nacht van 9 op 10 september 2021 in de auto lagen, terwijl de consument later heeft verklaard dat die spullen kort voor het uitchecken op 10 september 2021 in de auto zijn gelegd. De verzekeraar concludeert hieruit dat de consument heeft geprobeerd te frauderen. De consument voert hiertegen in dat sprake is van een misverstand. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar is geslaagd in zijn bewijs dat de consument een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met het opzet een schade-uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had. Zij zal dit oordeel hierna toelichten.

[1] Zie overweging 3.1.5 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 21 februari 2020, ECLI:NL:2020:311. Hierin heeft de Hoge Raad het volgende overwogen: "Het voorgaande brengt mee dat bij de beantwoording van de vraag of de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde met de schending van de in art. 7:941 lid 2 BW bedoelde mededelingsplicht het opzet heeft gehad de verzekeraar te misleiden, dient te worden onderzocht of daarbij de bedoeling heeft voorgezeten de verzekeraar te bewegen tot het verstrekken van een uitkering die hij zonder die schending niet zou hebben verstrekt." Deze uitspraak is te vinden op www.rechtspraak.nl.

3.5 Op 10 september 2021 heeft de consument de schade ontdekt en hiervan telefonisch melding gemaakt bij de verzekeraar. In de telefoonnotitie van dat gesprek staat '*in de nacht gebeurd?*'. Deze aantekening wijst erop dat tijdens het gesprek de vraag naar voren is gekomen of de diefstal in de nacht had plaatsgevonden. Hieruit kan worden afgeleid dat de spullen toen al in de auto lagen. Dit vermoeden wordt versterkt door de onder 2.4 geciteerde antwoorden op de vragen van de verzekeraar, die geruime tijd na het incident, namelijk op 21 september 2021, via het e-mailadres van de consument zijn gegeven. Uit die antwoorden, kan redelijkerwijs niet anders worden opgemaakt dan dat de diefstal in de nacht van 9 op 10 september 2021 heeft plaatsgevonden. Volgens die antwoorden is de diefstal "*pas de volgende ochtend om 9:14 ontdekt",* waren de consument en zijn partner ten tijde van het incident, te weten "*omstreeks 23:46 tot de volgende ochtend 9:00",* in het hotel en hadden zij op 9 september 2021 nog "*de bezittingen die in de auto lagen"*. De commissie kan uit die drie antwoorden niet anders afleiden dan dat de gestolen spullen in de nacht van 9 op 10 september 2021 in de auto lagen. Dat de consument en zijn partner de spullen pas op 10 september 2021 in de auto hebben gelegd, zoals de consument later heeft verklaard, blijkt hieruit in het geheel niet. Ook uit de telefoonnotitie van het gesprek tussen de verzekeraar en de partner van de consument op 30 september 2021, naar aanleiding van de afwijzingsbrief, blijkt niet dat de spullen pas kort voor het uitchecken op 10 september 2021 in de auto zijn gelegd. De verzekeraar had de claim in eerste instantie afgewezen, omdat de auto geen veilige opbergplaats is en een andere veilige plek, de hotelkamer, voorhanden was. Als sprake was van een misverstand, zoals de consument stelt, dan ligt het voor de hand dat de partner van de consument dat toen uit de weg zou hebben geruimd. Maar dat is niet gebeurd. Tijdens dat gesprek is alleen gediscussieerd over de vraag of de hotelkamer een veiliger plek was dan de auto. Pas na dit gesprek en nadat de claim door de verzekeraar was afgewezen heeft de consument voor het eerst gesteld dat de spullen in de ochtend van 10 september 2021 in de auto zijn gelegd. Die tweede verklaring strookt geenszins met de eerdere telefonische en schriftelijke verklaringen. De commissie vindt het dan ook niet geloofwaardig dat sprake was van een misverstand of dat de consument verkeerde woorden heeft gebruikt.

3.6 Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat de consument zijn verklaring over de toedracht van de diefstal heeft aangepast met het opzet een uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had. Dit betekent dat de verzekeraar op grond van artikel 7:941 lid 5 BW niet is gehouden tot het doen van een uitkering. Het primaire verweer behoeft dan ook geen behandeling.

Registratie persoonsgegevens

3.7 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar geregistreerd in het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie, omdat hij vindt dat de consument heeft gefraudeerd. De incidentenregistratie heeft hij gemeld bij het CBV. De commissie zal hierna beoordelen of de verzekeraar deze maatregelen mocht nemen.

Juridisch kader Incidentenregister

3.8 Elke verzekeraar houdt zelf een Incidentenregister bij. Daarin maakt de verzekeraar een melding aan waarin hij het incident omschrijft. 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.

3.9 Het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (verder te noemen 'Protocol') bepaalt de spelregels voor registratie in het Incidentenregister door financiële instellingen. Opname in het Incidentenregister is, op grond van artikel 3.1.1 Protocol, toegestaan wanneer sprake is van een Incident als omschreven in artikel 2 van het Protocol en het doel van het Incidentenregister zoals omschreven in artikel 4.1.1 van het Protocol is gediend bij registratie. Verder geldt bij registratie van persoonsgegevens dat de belangen van de betrokken consument hierbij in acht moeten worden genomen. Zie de relevante artikelen van het Protocol in de bijlage.

3.10 In artikel 4.1.1 van het Protocol is bepaald dat verwerking in het Incidentenregister tot doel heeft het ondersteunen van activiteiten gericht op het waarborgen van de veiligheid en de integriteit van de financiële sector, waaronder mede het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van gedragingen die kunnen leiden tot (pogingen tot) strafbare of laakbare gedragingen en/of overtreding van (wettelijke) voorschriften, gericht tegen de branche, de groep waartoe de financiële instelling behoort, de financiële instelling zelf alsmede haar cliënten en medewerkers.

3.11 In het onderhavige geval gaat het om de verwerking van strafrechtelijke persoonsgegevens. De verzekeraar heeft immers geregistreerd omdat hij na afwijzing van de claim de toedracht heeft gewijzigd om alsnog dekking te krijgen. Voor de verwerking van strafrechtelijke persoonsgegevens is vereist dat sprake is van een zwaardere verdenking tegen de consument dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude.[2] Dit betekent dat een verdenking van fraude alleen niet genoeg is; hier moet ook enig bewijs voor zijn. Een verzekeraar moet dus goede redenen hebben de gegevens te registreren en hij moet die redenen ook voldoende kunnen onderbouwen

De registratie van de consument in het Incidentenregister en de melding aan het CBV

3.12 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister geregistreerd omdat de consument bij de tweede lezing van de schadetoedracht een onware opgave heeft gedaan om alsnog dekking te krijgen. Dit is een Incident, namelijk (een poging tot) fraude, door opzettelijk onjuiste informatie te verstrekken over de toedracht van de schade om dekking onder de verzekering te verkrijgen.

[2] Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4 (te vinden op www.rechtspraak.nl).

In overwegingen 3.4-3.6 heeft de commissie geoordeeld dat de consument zijn verklaring over de toedracht van de diefstal heeft aangepast met het opzet om een schade-uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had. Dit is opzettelijke misleiding, en daarmee fraude. Dit betekent dat aan het vereiste voor de verwerking van strafrechtelijke persoonsgegevens, dat sprake moet zijn van een zwaardere verdenking tegen de consument dan een redelijk vermoeden van fraude is voldaan. Het doel van het Incidentenregister, zoals bepaald in artikel 4.1.1 van het Protocol, is dus gediend bij de opname van de persoonsgegevens van de consument in dit register.[3]

3.13 De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie de belangen van de consument in voldoende mate meegewogen. Hij heeft bij zijn standpunt om de persoonsgegevens van de consument voor acht jaar in het Incidentenregister te registreren meegewogen dat de fraude voldoende is komen vaststaan en dat de consument, na confrontatie met de tegenstrijdige verklaringen, is blijven volharden. De verzekeraar heeft ook een proportionaliteitsafweging gemaakt die zodanig in het voordeel van de consument is uitgevallen dat hij de persoonsgegevens van de consument niet in het Extern Verwijzingsregister heeft opgenomen, hetgeen een zwaarder middel is. De registratieduur van acht jaar in het Incidentenregister is, gelet op alle omstandigheden van het geval, naar het oordeel van de commissie proportioneel. De commissie neemt bij haar oordeel in overweging dat de externe werking van het Incidentenregister beperkt is: de informatie in het Incidentenregister kan alleen onder beperkte voorwaarden worden uitgewisseld met de veiligheidsafdeling van een andere verzekeraar. De verzekeraar heeft op de zitting toegelicht dat als de consument niet betrokken raakt bij een ander incident, de melding van de verzekeraar ook niet naar boven komt. Omstandigheden die tot verkorting van de duur van deze registratie zouden moeten leiden zijn niet door de consument aangevoerd en zijn de commissie ook niet gebleken.

3.14 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. Het oordeel van de commissie over de registratie in het Incidentenregister brengt dan ook mee dat de verzekeraar het CBV van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in kennis mocht stellen. De verzekeraar hoeft de melding aan het CBV dan ook niet in te trekken.

[3] Zie Hof Den Haag 10 april 2018, rechtsoverweging 21 e.v., ECLI:NL: GHDHA:2018:654. Zie ook Geschillencommissie Kifid 2018-377 onder 4.6 en 2018-504 onder 4.11.

Juridisch kader Gebeurtenissenadministratie

3.15 De Gebeurtenissenadministratie is onderdeel van het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt.

3.16 De verzekeraar neemt (persoons)gegevens op in de Gebeurtenissenadministratie wanneer zich iets heeft voorgedaan wat een mogelijk effect heeft op de veiligheid en integriteit van de financiële instelling.[4] Het doel van die registratie is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.[5] De Afdeling Veiligheidszaken van de betrokken financiële instelling beheert de Gebeurtenissenadministratie en alleen medewerkers van die afdeling kunnen deze inzien.

3.17 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument ook mocht registreren in de Gebeurtenissenadministratie. Er is sprake van een gegronde verdenking van fraude. Dit is iets dat de aandacht van de verzekeraar verlangt vanwege een mogelijk effect op en een risico voor de veiligheid en integriteit en hiermee is sprake van een gebeurtenis in de zin van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars ('GVPV').

3.18 De melding in de Gebeurtenissenadministratie moet ook voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Bij subsidiariteit gaat het om het uitgangspunt dat er geen lichter middel mag zijn om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is de eigen organisatie erop opmerkzaam te maken dat er wat met de consument aan de hand is. Dat doel is niet op een andere manier te bereiken dan met een melding in de Gebeurtenissenadministratie. Dus aan de eisen van subsidiariteit is voldaan. Bij proportionaliteit gaat het om de afweging van de belangen over en weer. Het belang van de financiële instellingen in de groep waartoe de verzekeraar behoort om opmerkzaam te worden gemaakt op het gedrag van de consument moet zwaarder wegen dan het belang van de consument dat de verzekeraar in de toekomst deze gebeurtenis niet in zijn beslissingen meeweegt. De commissie is van oordeel dat de interne registratie proportioneel is. Deze registratie mag eveneens worden gehandhaafd.

Slotsom

3.19 Het bovenstaande leidt tot de slotsom dat de vorderingen van de consument zullen worden afgewezen.

[4] Artikel 10 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars, verder 'GVPV
[5] Artikel 4.5.3 GVPV

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen

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.*

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018

In de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018 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 wet- en 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 verwant is aan het oorspronkelijke doel van de Verwerking en als de aard van de Persoonsgegevens en de gevolgen voor de Betrokkene zich niet tegen verdere Verwerking verzetten. 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.

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.