Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0071

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. E.C. Ruinaard, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	23 januari 2024
Klacht van	De consument
Tegen	ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving/ Gedragscode Persoonlijk Onderzoek / PIFI 2021/ GVPV 2018

Samenvatting

Gebeurtenissenadministratie, IVR, Incidentenregister en EVR. CBV-melding. Onderzoekskosten. De consument klaagt over de registratie van zijn persoonsgegevens in de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, het Incidentenregister, het EVR en een melding bij het CBV. Verder klaagt hij over de hoogte van de onderzoekskosten. Deze kosten vindt hij disproportioneel hoog. De commissie oordeelt dat de verzekeraar ten onrechte een persoonlijk onderzoek heeft ingesteld. Het bewijs dat hierdoor is verkregen, is onrechtmatig en wordt uitgesloten als bewijs. Het persoonlijk onderzoek kan daarom niet dienen als onderbouwing van de stelling van de verzekeraar dat de consument opzettelijk met het doel de verzekeraar te misleiden niet aan zijn medewerkingsplicht heeft voldaan door geen melding te maken dat hij weer werkte. De verzekeraar dient de persoonsgegevens uit de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, het Incidentenregister en het EVR te verwijderen en de melding bij het CBV in te trekken. Nu niet is komen vast te staan dat sprake is van opzettelijke misleiding kan de verzekeraar de onderzoekskosten niet bij de consument in rekening brengen en dient hij deze vordering van de onderzoekskosten te matigen tot € 624,23. Tot slot dient de verzekeraar de advocaatkosten aan de consument te vergoeden volgens het liquidatietarief Kifid.

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 en de klachtbrief van zijn vertegenwoordiger; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument; 4) de dupliek van de verzekeraar en 5) de aanvullende stukken van de verzekeraar na de hoorzitting.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 november 2023.

Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mr. J.F.I. Sahebdien, advocaat, kantoorhoudende te Enschede. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], jurist en [naam 2], klachtbehandelaar.

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 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) bij de verzekeraar. Sinds 15 maart 2011 ontvangt de consument een uitkering onder zijn verzekering in verband met volledige arbeidsongeschiktheid voor zijn verzekerde beroep van kapper. Op de verzekering zijn de voorwaarden 'Arbeidsongeschiktheids-verzekering Prisma' model 166 (hierna: de voorwaarden) van toepassing.

2.2 De verzekeraar heeft op enig moment aan CED Forensic (hierna: CED) opdracht gegeven om een persoonlijk onderzoek naar de consument in te stellen. In dat kader heeft een onderzoeker van CED de consument op 8 maart 2022 geïnterviewd.

2.3 Bij brief van 4 april 2022 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij op basis van de uitkomsten van het onderzoek door CED het standpunt inneemt dat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid met als doel een uitkering te krijgen waar hij niet langer recht op had door de verzekeraar niet te informeren dat hij inmiddels weer beroepswerkzaamheden verricht. In diezelfde brief heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de uitkering vanaf 15 januari 2022 wordt teruggevorderd, de verzekeringen bij de verzekeraar worden beëindigd, de gegevens van de consument voor de duur van acht jaar worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (hierna: het IVR) en de onderzoekskosten van € 14.429,06 worden teruggevorderd. Verder heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de persoonsgegevens van de consument ook in het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (hierna: het EVR) worden opgenomen voor de duur van acht jaar en dat een melding bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (hierna: het CBV) wordt gedaan.

2.4 De consument is het oneens met het standpunt van de verzekeraar en heeft zijn klacht aan Kifid voorgelegd.

De klacht en vordering

2.5 De consument vordert verwijdering van zijn gegevens uit de Gebeurtenissen-administratie, het IVR, het Incidentenregister en het EVR, intrekking van de melding bij het CBV en matiging van de terugvordering van de onderzoekskosten tot een bedrag van € 624,23. Ook vordert de consument vergoeding van de door hem gemaakte proceskosten.

2.6 De consument heeft erkend dat hij werkzaamheden in zijn kapperszaak heeft uitgevoerd en dat hij dit niet heeft gemeld bij de verzekeraar terwijl hij dit wel had moeten doen. De consument betwist dat hij zijn meldingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden om zo een uitkering te krijgen waar hij geen recht op heeft. De conclusies die de verzekeraar hierover trekt op basis van het interview van CED met de consument zijn onjuist. De consument lijdt aan een psychische stoornis en staat hiervoor onder behandeling. Hij begrijpt zaken alleen als deze duidelijk aan hem worden uitgelegd en de vragen van de onderzoeker waren hem niet voldoende duidelijk. Bovendien heeft de consument enkel op aanraden van meerdere artsen en de door de verzekeraar ingeschakelde arbeidsdeskundige zijn werkzaamheden opgepakt, maar hem is niet verteld, en dit heeft hij ook niet begrepen, dat hij hier melding van moest maken aan de verzekeraar. Uit financiële nood heeft de consument na de coronapandemie zijn werkzaamheden weer opgepakt. Na afsluiting van de laatste corona lock down op 15 januari 2022 heeft hij (vrijwel) full time gewerkt.

2.7 De consument begrijpt dat hij had moeten melden dat hij weer aan het werk is gegaan en daarom legt de consument zich neer bij het besluit van de verzekeraar om zijn uitkering vanaf 15 januari 2022 terug te vorderen. De consument begrijpt ook dat hij onderzoekskosten moet betalen, maar maakt bezwaar tegen de hoogte van de onderzoekskosten. Ten eerste zijn de nota's van CED onvoldoende gespecificeerd. Ten tweede had er geen persoonlijk onderzoek, de zwaarste vorm van onderzoek, door de verzekeraar ingesteld hoeven te worden omdat de consument altijd transparant is geweest over zijn werkzaamheden. Dit volgt onder meer uit het interview van 8 maart 2022. Daarin heeft de consument, voordat de resultaten van het persoonlijk onderzoek zijn besproken, al erkend dat hij zijn werkzaamheden weer had opgepakt. Het is aannemelijk dat de verzekeraar ook met een minder ingrijpend middel tot dezelfde resultaten was gekomen. De onderzoekskosten zijn daarom in strijd met de proportionaliteit en subsidiariteit. De consument is bereid de kosten voor het feitenonderzoek van € 624,23 terug te betalen aan de verzekeraar.

2.8 De consument stelt verder dat hij een concreet belang heeft bij vermindering van de duur van de registratie. Door zijn registratie kan hij gedurende acht jaar niet of moeilijker gebruik maken van de diensten van financiële instellingen.

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.10 De verzekeraar stelt dat de consument in strijd met zijn inlichtingenplicht van artikel 7:941 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) geen melding heeft gedaan dat hij weer volledig aan het werk is in zijn verzekerd beroep en dat hij dit heeft gedaan met als doel een uitkering te krijgen waar hij niet langer recht op had. Uit het claimdossier volgt dat de consument sinds 2020 consequent heeft verklaard dat hij niet kan werken en bijna niet buiten komt, terwijl de verzekeraar in zijn bronnenonderzoek filmpjes op social media is tegengekomen waaruit blijkt dat hij aanwezig is in zijn kapperszaak en werkzaamheden uitvoert. Op basis van het door de verzekeraar ingestelde persoonlijk onderzoek, bestaande uit een observatie van in totaal drie en halve dag, wordt bevestigd dat sprake is van werkhervatting. Ook in het gesprek met de onderzoeker van CED van 8 maart 2023 heeft de consument volgehouden volledig arbeids-ongeschikt te zijn. Pas na confrontatie heeft hij erkend dat hij weer volledig aan het werk is. Er is dus sprake van opzettelijke misleiding, ook wel fraude genoemd.

2.11 Omdat sprake is van fraude mogen de persoonsgegevens van de consument in de diverse registers (de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, het Incidentenregister en het EVR) worden opgenomen. Bij deze beslissing is het proportionaliteitsbeginsel in acht genomen. Op basis van de belangenafweging is geconcludeerd dat het belang van het waarschuwen van de financiële sector zwaarder weegt dan het individuele belang dat de consument heeft bij het niet-opnemen van de gegevens. De registratieduur heeft de verzekeraar onderbouwd met een proportionaliteitsmatrix waaruit blijkt dat vanwege de vastgestelde gedragingen en de hoogte van het bedrag (de hoogte van de uitkering over de looptijd van de verzekering) een registratieduur in het EVR van acht jaar gerechtvaardigd is. Het door de consument aangevoerde belang dat hij door de registraties in financiële nood komt, heeft hij volgens de verzekeraar op geen enkele wijze onderbouwd en geeft daarom geen aanleiding om de registratieduur te verkorten. De consument heeft ook geen andere belangen aangevoerd die een verkorting van de registratieduur rechtvaardigen.

2.12 Ten aanzien van het persoonlijk onderzoek stelt de verzekeraar dat hij dit onderzoek mocht uitvoeren om te onderbouwen dat sprake is van opzettelijke misleiding. Bij de keuze voor een persoonlijk onderzoek heeft de verzekeraar ook de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit in acht heeft genomen. Uit het openbare bronnen-onderzoek van de verzekeraar kwamen aanwijzingen naar voren waardoor het vermoeden van fraude is ontstaan. De verzekeraar heeft vervolgens CED opdracht gegeven om nader onderzoek te doen. CED is ook begonnen met een onderzoek in de openbare bronnen waarin deze vermoedens werden versterkt. Vervolgens moest dit vermoeden worden bevestigd en toen is onder andere vanwege het grote financiële belang, een jaarlijkse uitkering van meer dan € 25.000,- met een looptijd tot 1 november 2035, gekozen voor een persoonlijk onderzoek.

Bovendien werd de consument, vanwege de tegenstrijdigheden in zijn verklaringen in het claimdossier en de waarnemingen in de openbare bronnen, niet als een betrouwbare bron gezien en is hij daarom niet direct geconfronteerd met de bevindingen uit het openbare bronnenonderzoek, maar is gekozen voor een persoonlijk onderzoek. Dat de consument geen betrouwbare bron is, wordt bevestigd door het feit dat hij in het interview met de CED-onderzoeker pas na de confrontatie met de bevindingen van het persoonlijk onderzoek heeft erkend dat hij werkzaamheden verrichtte.

2.13 De consument dient de onderzoekskosten aan de verzekeraar terug te betalen omdat deze kosten zijn gemaakt om te bevestigen dat de consument heeft gefraudeerd. Uit de nota's blijkt dat kosten zijn gemaakt voor observatie. Het gaat dan om het observeren van de consument door twee personen gedurende in totaal 54 uur. Verder zijn kosten in rekening gebracht voor het opstellen van een rapport. Uit de facturen blijkt duidelijk welke kosten zijn gemaakt en dat de kosten niet buitenproportioneel zijn voor een persoonlijk onderzoek. De verzekeraar ziet ook geen ruimte om een deel van de onderzoekskosten te laten vallen. In plaats daarvan heeft de verzekeraar de uitkering niet over de gehele uitkeringsperiode, vanaf 2011, terug gevorderd, maar slechts voor een beperkte periode.

3. De beoordeling

3.1 De commissie moet beoordelen of de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven om zo een uitkering te krijgen waar hij geen recht meer op heeft. Voor die beoordeling dient de commissie eerst te beoordelen of de verzekeraar een persoonlijk onderzoek in de vorm van een meerdaagse observatie heeft mogen instellen. Daarna dient de commissie te beoordelen of sprake is van fraude en of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument in de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, het Incidentenregister en het EVR mocht registreren, een melding bij het CBV mocht doen en de onderzoekskosten van de consument mag terugvorderen.

3.2 Tussen partijen staat niet ter discussie dat de consument per 15 januari 2022 weer (vrijwel) volledig aan het werk is en hij vanaf die datum geen recht meer heeft op uitkering. De consument heeft aangegeven de uitkering die hij na 15 januari 2022 heeft ontvangen aan de verzekeraar terug te betalen.

Persoonlijk onderzoek

3.3 Voor het antwoord op de vraag of de verzekeraar rechtmatig heeft gehandeld door het instellen van een persoonlijk onderzoek in de vorm van een meerdaagse observatie, is van belang of hiervoor een rechtvaardigingsgrond bestaat en of is voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.[1]

3.4 Artikel 1.1 van de Gedragscode Persoonlijk Onderzoek (hierna: GPO, zie bijlage) bepaalt dat een persoonlijk onderzoek kan worden ingesteld wanneer het feitenonderzoek geen of onvoldoende uitsluitsel geeft voor het nemen van een beslissing bij een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie, of indien gerede twijfel bestaat over de juistheid of volledigheid van de resultaten van het feitenonderzoek, zodanig dat een redelijk vermoeden van verzekeringsfraude is ontstaan.

3.5 Het instellen van een persoonlijk onderzoek vormt een inbreuk op de privacy van de betrokkene waar het onderzoek op ziet. Een dergelijke inbreuk is in beginsel onrechtmatig, maar de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond kan aan een inbreuk het onrechtmatige karakter ontnemen. Of een dergelijke rechtvaardigingsgrond zich voordoet, kan slechts worden beoordeeld in het licht van de omstandigheden van het geval, door tegen elkaar af te wegen enerzijds de ernst van de inbreuk op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en anderzijds de belangen die met de inbreuk makende handelingen redelijkerwijs kunnen worden gediend.[2] Met de GPO, waarin wordt aangesloten op de Wet Bescherming Persoonsgegevens (thans: de Algemene Verordening Gegevensbescherming, hierna: AVG), heeft het Verbond van Verzekeraars beoogd invulling te geven aan de hiervoor genoemde belangenafweging.[3] De relevante bepalingen uit deze regelgeving zijn in de bijlage bij deze uitspraak opgenomen.

3.6 Als vaststaand moet worden aangenomen dat het door de verzekeraar verrichte onderzoek een persoonlijk onderzoek is geweest waarbij de persoonlijke levenssfeer van de consument is geschonden. De vraag die dient te worden beantwoord is of de verzekeraar desondanks de regels van de GPO heeft nageleefd.

3.7 De verzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat het onderzoek in de openbare bronnen een feitenonderzoek was en heeft toegelicht dat op basis van dit feitenonderzoek een vermoeden van fraude is ontstaan en dat een persoonlijk onderzoek moest worden ingesteld om dit vermoeden bevestigd te krijgen.

[1] Artikel 2 en 3 van de GPO.
[2] Zie Hoge Raad 31 mei 2002, ECLI:NL:HR:AD9609, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[3] Zie ook Geschillencommissie Kifid 2018-791 en 2021-0189, te vinden op www.kifid.nl.

De commissie is van oordeel dat voor het doen van een persoonlijk onderzoek geen aanleiding bestond zoals bedoeld in art. 1.1 van de GPO omdat de verzekeraar enkel vermoedens had en nog geen *redelijk* vermoeden zoals artikel 1.1 GPO vereist. De filmpjes op social media waren volgens de consument promotiefilmpjes. Deze filmpjes laten weliswaar zien dat de consument in zijn zaak aanwezig is en werkzaamheden verricht, maar niet of dit structureel is of incidenteel, of wellicht slechts een pose voor het promotiefilmpje. Daarmee heeft de verzekeraar de regels van de GPO niet nageleefd.

3.8 Indien het persoonlijk onderzoek had mogen worden ingesteld, geldt dat bij de uitvoering van het persoonlijk onderzoek de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht moeten worden genomen. De verzekeraar heeft ook in strijd met de GPO gehandeld door bij de beslissing om het persoonlijk onderzoek in te stellen in ieder geval het beginsel van subsidiariteit[4] niet in acht te nemen.

3.9 De verzekeraar heeft aangevoerd dat uit het claimdossier volgt dat de consument sinds 2020 consequent heeft verklaard dat hij niet kan werken en bijna niet buiten komt, terwijl op basis van het openbare bronnenonderzoek twijfel is ontstaan over de juistheid van deze verklaring. De consument werd daardoor niet gezien als betrouwbare bron en is niet geconfronteerd met de bevindingen. De verzekeraar had daarom een bijzonder belang om een persoonlijk onderzoek in de vorm van meerdaagse observatie. De consument daarentegen stelt dat hij altijd open is geweest over het feit dat hij vanaf mei 2020 tot eind 2021 1 à 2 uur per dag aanwezig was in de kapsalon als hij zich goed voelde en incidenteel werkzaamheden verrichtte. Bij confrontatie met de gegevens uit het persoonlijk onderzoek heeft hij ook direct aangegeven dat hij weer werkt. Een meerdaagse observatie was dus volgens de consument niet nodig geweest.

3.10 De commissie oordeelt dat de verzekeraar onvoldoende heeft aangetoond dat aan het vereiste van subsidiariteit is voldaan en ligt dit hierna toe.

3.11 De verzekeraar had de informatie op een andere, minder ingrijpende, manier kunnen krijgen. Er waren immers voor de hand liggende en minder ingrijpende maatregelen mogelijk dan een meerdaagse observatie. Volgens artikel 7 van de GPO had de verzekeraar eerst een (telefonisch) interview kunnen afnemen waarbij de consument werd geconfronteerd met de bevindingen uit het openbare bronnenonderzoek en/of informatie kunnen inwinnen bij derden. De commissie volgt de verzekeraar niet in de conclusie dat de verklaringen van de consument niet betrouwbaar waren.

[4] Artikel 3 GPO.

In het bijzonder kan het antwoord van de consument '*Ja dat klopt*' op de vraag van de CED-onderzoeker '*U bent in 2011 arbeidsongeschikt geraakt en bent vanaf die tijd ingedeeld in de arbeidsongeschiktheidsklasse 80-100%. Dat betekent dat u dus volledig arbeidsongeschikt bent. Klopt dat?*' niet als een indicatie van een onbetrouwbare uitspraak worden gezien, omdat het eerste deel van de vraag een informatief aspect heeft. Het is heel wel mogelijk dat de consument het eerste deel van de vraag heeft willen bevestigen, dat het klopt dat hij is ingedeeld in die arbeidsongeschiktheidsklasse. Na een interview had de verzekeraar altijd nog een observatie kunnen laten uitvoeren. Hieruit volgt dat andere, minder ingrijpende mogelijkheden van onderzoek voorhanden waren om de filmpjes op de sociale media te verifiëren. Die hadden bovendien tot minder inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de consument geleid. Het argument van de verzekeraar dat de consument na een interview op zijn hoede zou zijn en dan niet meer naar de kapsalon zou gaan, is, gelet ook op het vorenstaande, speculatief en deze hypothetische situatie is dan ook onvoldoende om de keuze voor een meerdaagse observatie in plaats van een minder ingrijpende onderzoeksmethode te rechtvaardigen.

3.12 Gelet op het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de verzekeraar niet tot het persoonlijk onderzoek had mogen overgaan en door dat wel te doen een ongerechtvaardigde en derhalve onrechtmatige inbreuk heeft gemaakt op de persoonlijke levenssfeer van de consument.

Opzettelijke misleiding?

3.13 Nu is komen vast te staan dat de verzekeraar geen persoonlijk onderzoek in de vorm van een meerdaagse observatie heeft mogen doen, dient de commissie de vraag te beantwoorden of bij de consument sprake is geweest van het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie dan wel het bewust achterhouden van informatie met als doel een uitkering te krijgen waar hij geen recht op heeft.

3.14 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument – eerder dan 15 januari 2022 - alweer volledig aan het werk was en dat dit in strijd is met zijn eerdere verklaringen die zijn opgenomen in het claimdossier dat hij niet kan werken en nauwelijks buiten komt. De consument heeft volgens de verzekeraar opzettelijk niet aan zijn medewerkingsplicht voldaan met het doel een uitkering te krijgen waar hij geen recht op heeft. Hiermee doet de verzekeraar een beroep op artikel 7:941 lid 5 BW.

3.15 Op grond van artikel 7:941 BW is, kort gezegd, de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (lid 2) en vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden (lid 5).

De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een (hogere) uitkering te krijgen dan waar hij recht op heeft.

3.16 Voorop staat dat het aan de verzekeraar is om de feiten te stellen, en zo nodig te bewijzen, op basis waarvan in voldoende mate vast komt te staan dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met als doel een uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had.[5] De commissie is van oordeel dat de verzekeraar er niet in is geslaagd dit aan te tonen. Voor dit oordeel is het volgende redengevend.

3.17 De verzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn standpunt dat sprake is van opzettelijke misleiding de resultaten van het persoonlijk onderzoek ingebracht. De commissie heeft in overweging 3.13 geoordeeld dat de verzekeraar dit persoonlijk onderzoek niet had mogen uitvoeren. Daarmee is het verkregen bewijs onrechtmatig. De vraag is welke gevolgen hieraan verbonden moeten worden.

3.18 De commissie oordeelt dat vanwege de ernst van de onderhavige normschending - onrechtmatig verkregen bewijs door een meerdaagse observatie die een ernstige inbreuk vormt op de persoonlijke levenssfeer van de consument - het verstrekkende rechtsgevolg van bewijsuitsluiting gerechtvaardigd is. In dit geval weegt het belang van de consument tot eerbiediging van zijn privacy zwaarder dan het belang van de verzekeraar naar waarheidsvinding.[6] Het bewijs dat de verzekeraar door deze handelwijze heeft verkregen dient buiten beschouwing te worden gelaten.

3.19 Nu de commissie heeft geoordeeld dat het persoonlijk onderzoek niet mag worden gebruikt als bewijs, betekent dit dat de verzekeraar onvoldoende bewijs heeft geleverd dat de consument opzettelijk niet heeft gemeld dat hij weer aan het werk was nu er – zie ook 3.7 – enkel vermoedens waren op dit punt en geen *redelijk* vermoeden. De verzekeraar heeft daarmee niet voldoende aangetoond dat sprake is van fraude.

De externe registraties in het Incidentenregister en het EVR

3.20 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het EVR en het Incidentenregister, omdat hij vindt dat de consument heeft gefraudeerd.

3.21 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.

[5] Vgl. HR 21 februari 2020, ECLI:NL:HR:2020:311, r.o. 3.1.3-3.1.5 en HR 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, r.o. 3.3, te vinden op www.rechtspraak.nl.
[6] Zie Hoge Raad 18 april 2014, ECLI:NL:HR:2014:942, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een 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.

3.22 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 aangesloten verzekeraars 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.

3.23 Beide registers hebben dus (een zekere) externe werking, waarbij geldt dat opname in alleen het Incidentenregister minder verstrekkend is dan wanneer ook een melding in het EVR is gedaan.

3.24 Omdat deze registraties grote gevolgen hebben voor degene wiens persoonsgegevens het betreft, mogen verzekeraars niet zonder goede reden persoonsgegevens opnemen in de genoemde registers. Er worden dan ook hoge eisen gesteld aan die reden(en).[7] De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: 'PIFI 2021' zie bijlage).

De registratie in het EVR is niet terecht

3.25 Artikel 5.2.1 van het PIFI 2021 bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Vereist is dat er een zwaardere verdenking tegen de consument bestaat dan alleen een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude.[8] Dit betekent dat alleen een verdenking van fraude niet genoeg is; hier moet ook bewijs voor zijn. Een verzekeraar moet dus goede redenen hebben de gegevens te registreren en hij moet dat ook voldoende kunnen onderbouwen.

3.26 Uit 3.14 tot en met 3.20 volgt dat de verzekeraar er niet in is geslaagd aan te tonen dat sprake is van fraude. Dit brengt mee dat niet is voldaan aan de vereisten die het PIFI 2021 stelt om tot registratie in het EVR over te gaan. De verzekeraar dient deze registratie dan ook te verwijderen.

[7] Zie o.a. Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, r.o. 4.3, te vinden op www.rechtspraak.nl, en GC Kifid 2017-717 onder 4.2, te vinden op www.kifid.nl.
[8] Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4, te vinden op www.rechtspraak.nl.

De registratie in het Incidentenregister is niet terecht

3.27 Vervolgens is de vraag aan de orde of de registratie in het Incidentenregister wel mag worden gehandhaafd.

3.28 De commissie oordeelt dat ook de registratie in het Incidentenregister moet worden doorgehaald. Er is niet langer voldaan aan artikel 3.1.1 van het PIFI 2021. Nu opzettelijke misleiding niet voldoende is komen vast te staan, zijn de geregistreerde gegevens niet langer ter zake dienend. De registratie draagt niet langer bij aan het onderkennen, voorkomen, onderzoeken en bestrijden van strafbare gedragingen, en ook niet kan worden gezegd dat de registratie anderszins nog kan bijdragen aan de in artikel 4.1.1 van het PIFI 2021 omschreven doelen.

De melding bij het CBV moet worden ingetrokken

3.29 Op grond van artikel 4.2.3 van het PIFI 2021worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen dient de verzekeraar de melding van de incidentenregistratie aan het CBV in te trekken.

De interne registraties in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR

3.30 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in zijn Gebeurtenissenadministratie en het IVR.

3.31 Deze registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. De Gebeurtenissenadministratie is een register van (persoons)gegevens die daarin zijn verwerkt omdat een voorval dat de aandacht verlangt van de verzekeraar een mogelijk effect heeft op de veiligheid en integriteit van de financiële instelling (artikel 10 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars, verder 'GVPV'). Op grond van artikel 4.5.3 GVPV kunnen persoonsgegevens die betrekking hebben op (onder meer) gebeurtenissen die aandacht behoeven van de financiële instelling, worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit. Gegevens kunnen ook in het IVR worden opgenomen wanneer de betrokkene een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar of de groep waartoe de verzekeraar behoort. De Gebeurtenissenadministratie wordt beheerd en is - uitsluitend - in te zien door de Afdeling Veiligheidszaken van de betrokken financiële instelling. In het IVR kunnen de verwijzingsgegevens van de betrokkene worden opgenomen zodat de eigen organisatie opmerkzaam wordt gemaakt op de persoon die was betrokken bij een 'gebeurtenis'.

De registraties in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR zijn onterecht

3.32 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar niet heeft mogen overgaan tot het registreren van de persoonsgegevens van de consument in de Gebeurtenissen-administratie en het IVR. De door de verzekeraar aangevoerde grondslag voor deze registraties is fraude. Omdat niet voldoende is komen vast te staan dat er sprake is van fraude, is de door de verzekeraar aangevoerde grondslag van deze registraties weggevallen. Het is aan de verzekeraar om het doel van de registratie in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie uit te leggen. Nu de verzekeraar geen andere grondslag heeft aangedragen, is de commissie van oordeel dat ook de registratie van de persoonsgegevens van de consument in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR niet kan worden gehandhaafd.

De onderzoekskosten

3.33 De consument vordert ten slotte matiging van de terugvordering van de onderzoekskosten tot een bedrag van € 624,23.

3.34 De commissie overweegt als volgt. De verzekeraar had niet mogen overgaan tot het persoonlijke onderzoek. De daarmee gemoeide kosten kunnen dan ook niet op de consument worden verhaald. De verzekeraar heeft ook nog andere onderzoekskosten gemaakt. Deze kosten staan evenwel niet ter discussie nu de consument – zie 2.5 – zijn vordering tot matiging beperkt tot de kosten van het persoonlijk onderzoek. De conclusie is dat de consument de kosten van het persoonlijk onderzoek niet aan de verzekeraar hoeft te betalen. De verzekeraar dient om die reden de vordering tot terugbetaling te matigen tot een bedrag van € 624,23.

De vergoeding van de kosten voor rechtsbijstand

3.35 Wanneer de consument door de commissie in het gelijk wordt gesteld, heeft hij recht op een proceskostenvergoeding. De consument heeft als in het gelijk gestelde partij recht op een proceskostenvergoeding.

3.36 Voor de berekening van de vergoeding voor de proceskosten verwijst de commissie naar hetgeen is bepaald in het document Liquidatietarief Kifid behorende bij het Reglement Geschillencommissie Kifid. De toe te wijzen vorderingen van de consument zijn van onbepaalde waarde. De commissie sluit hiervoor aan bij het tarief voor vorderingen van onbepaalde waarde in het Liquidatietarief Proceskostenvergoeding van de Rechtspraak (per 1 februari 2021). Dat betreft de tariefgroep voor vorderingen van € 10.000,- tot € 20.000,-. Dit correspondeert met tariefgroep V van het Liquidatietarief Kifid.

3.37 De consument is bijgestaan door een advocaat. De kosten van de procedure worden daarom vastgesteld op € 800,- (2 procespunten à € 400,- per punt voor een advocaat). De verzekeraar dient dit bedrag aan de consument te vergoeden.

Slotsom

3.38 De commissie oordeelt dat de klacht van de consument gegrond is en dat zijn vorderingen worden toegewezen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen twee weken na de uitspraakdatum:

- de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR en het Incidentenregister dient door te halen;
- de melding aan het CBV dient in te trekken;
- de registratie van de persoonsgegevens van de consument in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR dient door te halen;
- de vordering inzake de onderzoekskosten beperkt tot een bedrag van € 624,23;
- een bedrag van € 800,- aan de consument vergoedt in verband met advocaatkosten.

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 2022, 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 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

Artikel 7:941 Burgerlijk Wetboek

1.Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Gedragscode Persoonlijke Onderzoek van 21 december 2011

Definities en begrippen

Persoonlijk onderzoek	*Het onderzoek, volgend op een feitenonderzoek, naar gedragingen van betrokkene waarbij bijzondere onderzoeksmethoden en of bijzondere onderzoeksmiddelen worden gebruikt, dat inbreuk maakt of kan maken op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene.*
Proportionaliteit	*Afweging dat de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene niet onevenredig mag zijn in relatie tot het doel van de beoogde verwerking van persoonsgegevens.*
Subsidiariteit	*Afweging of het doel van het persoonlijk onderzoek (en de daarbij te hanteren bijzondere onderzoeksmethoden en -middelen) in redelijkheid niet op een andere voor betrokkene minder nadelige wijze kan worden bereikt.*

Artikel 1 Persoonlijk onderzoek

1.1. Een persoonlijk onderzoek kan worden ingesteld nadat:
Het ingestelde feitenonderzoek geen of onvoldoende uitsluitsel geeft voor het nemen van een beslissing bij een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, schademelding of andere aanspraak op uitkering of prestatie;
Of:
Gerede twijfel is ontstaan over de juistheid of volledigheid van de resultaten van het feitenonderzoek, zodanig dat bij de verzekeraar een redelijk vermoeden van verzekeringsfraude of andere vormen van oneigenlijk gebruik van verzekeringsproducten of diensten is ontstaan.

1.2. Een persoonlijk onderzoek kan gelijktijdig worden uitgevoerd ten behoeve van meerdere verzekeraars.

1.3. In geval zorgverzekeraars op grond van wet- en regelgeving specifieke bevoegdheden ten aanzien van een persoonlijk (medisch) onderzoek hebben – bijvoorbeeld in het kader.

Artikel 2 Belangenafweging betrokkene en verzekeraar (Proportionaliteit)

2.1. De verzekeraar maakt bij het instellen van een persoonlijk onderzoek steeds een zorgvuldige afweging tussen de belangen van de verzekeraar bij het uitvoeren van het onderzoek en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene.

2.2. Bij deze belangenafweging moeten alle relevante aspecten betrokken worden, zoals het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene, het financiële belang, het belang bij waarheidsvinding, het belang bij snelle en zorgvuldige besluitvorming of de mate van inbreuk op integriteit of veiligheid.

Artikel 3 Belangenafweging onderzoeksmiddel (Subsidiariteit)
3.1. De verzekeraar beoordeelt of persoonlijk onderzoek het enige hem ten dienste staande middel is dan wel of er andere mogelijkheden van onderzoek zijn die tot minder inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene leiden maar wel hetzelfde resultaat kunnen opleveren.

3.2. De verzekeraar maakt daarbij de afweging of het doel van het persoonlijk onderzoek (en de daarbij te hanteren bijzondere onderzoeksmethoden en -middelen) in redelijkheid niet op een andere, voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene minder nadelige, wijze kan worden bereikt.

Artikel 4 Besluit persoonlijk onderzoek
4.1. De verantwoordelijkheid voor het besluit tot het instellen van een persoonlijk onderzoek en de wijze waarop dit onderzoek wordt uitgevoerd ligt bij de verzekeraar.

4.2. Omdat een persoonlijk onderzoek invloed kan hebben op de persoonlijke levenssfeer van betrokkene moet de beslissing over het onderzoek, waaronder de te hanteren methode, gemotiveerd worden genomen. In ieder geval moet worden vastgelegd, door wie en op welke gronden het besluit genomen is.

4.3. Het is niet toegestaan dat deze beslissing uitsluitend wordt genomen door de dossierbehandelaar of onderzoeker zelf. De beslissing tot het instellen van een persoonlijk onderzoek moet worden genomen door leidinggevende van de betrokken dossierbehandelaar of door de afdeling Veiligheidszaken. Als de dossierbehandelaar/onderzoeker werkzaam is op de afdeling Veiligheidszaken moet zijn leidinggevende beslissen.

Artikel 5 Aanvang en duur van persoonlijk onderzoek
5.1. Een persoonlijk onderzoek moet worden ingesteld binnen een redelijke termijn, nadat verzekeraar hier overeenkomstig artikel 4 toe heeft besloten.

5.2. De verzekeraar zal zich inspannen om het persoonlijk onderzoek zo snel mogelijk af te ronden.

Artikel 6 Doel van het persoonlijk onderzoek
6.1. Het persoonlijk onderzoek richt zich op de beantwoording van vragen die van belang kunnen zijn voor het nemen van een zorgvuldige beslissing over een verzekeringsaanvraag, lopende verzekeringsovereenkomst, aanspraak op uitkering of prestatie of de beantwoording van onderzoeksvragen met betrekking tot (een vermoeden van) verzekeringsfraude of andere vormen van oneigenlijk gebruik van verzekeringsproducten of diensten.

Artikel 7 Onderzoeksmethoden
7.1. Bij het persoonlijk onderzoek kan worden gebruikgemaakt van de verschillende onderzoeksmethoden zoals:
a. interview van betrokkene;
b. inwinnen van informatie bij derden;
c. observeren van betrokkene.

7.2. Als bij het uitvoeren van een persoonlijk onderzoek informatie bij derden wordt

ingewonnen, verstrekt de verzekeraar niet meer gegevens aan deze derden over betrokkene dan noodzakelijk is voor het uitvoeren van dit onderzoek.

7.3. Als bij het uitvoeren van een persoonlijk onderzoek sprake is van het observeren van de betrokkene geldt dat situaties waarin personen een gerechtvaardigde verwachting hebben dat zij onbevangen zichzelf moeten kunnen zijn, worden ontzien.

7.4. Als voor observatie gebruik gemaakt wordt van een camera geldt bovendien dat:
a. het cameragebruik zo gericht mogelijk plaats vindt;
b. de periode waarin een camera wordt gebruikt zo beperkt mogelijk wordt gehouden;
c. als de beelden daartoe aanleiding geven, een evaluatie plaatsvindt met betrokkene voor zover het belang van het onderzoek dat toelaat.

Artikel 8 Inschakelen van onderzoeksbureaus
8.1. De verzekeraar kan het persoonlijk onderzoek uitbesteden aan een onderzoeksbureau.

8.2. De verzekeraar verstrekt uitsluitend een opdracht aan een onderzoeksbureau als dit bureau over alle ter zake wettelijk voorgeschreven vergunningen beschikt.

8.3. In de opdrachtverstrekking door de verzekeraar aan het onderzoeksbureau worden het doel en de aard van het onderzoek vastgelegd.

8.4. In de opdrachtverstrekking door de verzekeraar aan het onderzoeksbureau worden de volgende voorwaarden gesteld:
a. de (door de verzekeraar ter beschikking gestelde) gegevens en onderzoeksresultaten mogen alleen worden verwerkt in overeenstemming met het doel van de opdracht;
b. de onderzoeksgegevens en onderzoeksresultaten mogen door het onderzoeksbureau niet worden verwerkt op een wijze die onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor de gegevens zijn verkregen, als bedoeld in artikel in artikel 5.4 van de Privacygedragscode sector particuliere onderzoeksbureaus van de Vereniging van Particuliere Beveiligingsorganisaties;
c. in het geval dat onderzoeksgegevens of onderzoeksresultaten ter inzage moeten worden gegeven of worden verstrekt aan een derde partij wordt opdrachtgever door het onderzoeksbureau hiervan per omgaande in kennis gesteld tenzij het onderzoeksbureau op grond van wet- en regelgeving niet bevoegd is de opdrachtgever op dat moment te informeren;
d. het onderzoeksbureau zal de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard treffen ter beveiliging van de onderzoeksgegevens tegen verlies of aantasting van de gegevens en tegen onbevoegde kennisneming, wijziging of verstrekking daarvan;
e. het onderzoeksbureau handelt conform de regels van deze gedragscode.

8.5 Als de verzekeraar de opdracht tot onderzoek uitbesteedt aan een onderzoeksbureau wordt betrokkene, door of namens de verzekeraar, geïnformeerd over de inzet van het onderzoeksbureau en over eventuele organisatorische of juridische verbondenheid tussen het onderzoeksbureau en de verzekeraar.

8.6 Het informeren van betrokkene dat in opdracht van de verzekeraar een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of

meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Artikel 9 Informatieplicht

9.1. Voordat de verzekeraar informatie gaat inwinnen bij derden, als bedoeld in artikel 7.1.b. zal hij de betrokkene daarover informeren.

9.2. De verzekeraar maakt daarbij melding van het doel en de globale aard van dit persoonlijke onderzoek.

9.3. Als het onderzoek zal plaatsvinden ten behoeve van meerdere verzekeraars moet de betrokkene geïnformeerd worden door elke verzekeraar afzonderlijk. Als een verzekeraar aanhaakt bij een lopend persoonlijk onderzoek moet de betrokkene daarover door deze verzekeraar worden geïnformeerd.

9.4. Het melden aan betrokkene dat een persoonlijk onderzoek wordt ingesteld, blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens.

9.5. De verzekeraar zal de betrokkene informeren over de resultaten van het persoonlijk onderzoek.

9.6. Betrokkene wordt geïnformeerd dat observatie als bedoeld in artikel 7.1.c. heeft plaatsgevonden.

9.7. De informatieplicht in artikel 9.5. en 9.6 blijft achterwege als dit noodzakelijk is in het belang van een of meer van de gevallen die worden genoemd in artikel 43 onder a. tot en met e. van de Wet bescherming persoonsgegevens

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 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.

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 redelijke 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/nl-nl/regelgeving.aspx.