Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0354
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. dr. K. Engel, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 6 mei 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. FBTO, gevestigd te Leeuwarden, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 16 april 2021
Aard uitspraak	: Niet-bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen
Bijlage(n)	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

Inboedelverzekering. Klacht over afwijzen van de schadeclaim en registratie in de CIS Databank, het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister. De consument heeft bij de verzekeraar schade aan zijn bank geclaimd. De verzekeraar heeft de schadeclaim afgewezen, omdat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven en/of niet alles heeft verteld met als doel om nog een keer of een hogere uitkering te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de consument inderdaad heeft geprobeerd de verzekeraar opzettelijk te misleiden met als doel een schade-uitkering te ontvangen waar geen recht op bestaat. De verzekeraar mocht op grond daarvan de schadeclaim afwijzen en de persoonsgegevens van de consument registreren in de hiervoor genoemde registers. Voor het verkorten van de duur van de registraties ziet de commissie geen aanleiding. Ook de melding aan het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit kan in stand blijven. De vordering van de consument wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en de aanvulling daarop en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 11 december 2020 en hebben aan de hoorzitting deelgenomen.

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 op 8 april 2019 een inboedelverzekering (verder te noemen 'de verzekering') bij de verzekeraar afgesloten. Op 7 maart 2020 heeft de consument een beroep gedaan op zijn verzekering nadat zijn bank was beschadigd doordat zijn zoontje met een lekkende luier op de bank is gaan zitten en urine in de bank is getrokken.

2.2 Schoonmaakbedrijf Eresdé (hierna het schoonmaakbedrijf) heeft in opdracht van de verzekeraar drie keer geprobeerd de bank te reinigen. Dit heeft ertoe geleid dat de urinelucht weliswaar is verdwenen, maar dat een reinigingslucht is blijven hangen. Hierover heeft de consument op 30 maart 2020 contact opgenomen met de verzekeraar. De verzekeraar heeft vervolgens voorgesteld om de bank gedeeltelijk te vergoeden tot een bedrag van € 484,50. Dit is de helft van het aankoopbedrag van de bank. En mocht de reinigingslucht binnen 14 dagen alsnog verdwenen zijn, dan hoefde de consument dit bedrag niet aan de verzekeraar terug te betalen. Maar als de reinigingslucht bleef, zou de verzekeraar de rest van het aankoopbedrag van € 484,50 uitkeren, zij het onder aftrek van het eigen risico van € 150,-. De consument is met dit voorstel akkoord gegaan.

2.3 Het schoonmaakbedrijf heeft de verzekeraar ondertussen bericht dat zij eerder ook al een bankstel van de consument had gereinigd. Ook toen was schade aan een bank ontstaan doordat een kind met een volle luier op de bank was gaan zitten. Door deze informatie is bij de verzekeraar het vermoeden ontstaan dat de consument twee keer dezelfde schade aan dezelfde bank heeft geclaimd. Hij heeft de schadeclaim daarom doorgezet naar de afdeling Speciale Zaken.

2.4 Tijdens het voorbereidend onderzoek heeft een medewerker van Speciale Zaken geconstateerd dat de consument op 18 oktober 2018 bij Centraal Beheer schade aan een bank heeft geclaimd met dezelfde schadeoorzaak. Centraal Beheer heeft destijds een bedrag van € 869,- aan de consument uitgekeerd. Dit is de aankoopprijs van de bank verminderd met het eigen risico van € 100,-.

2.5 Op 2 april 2020 heeft een medewerker van de afdeling Speciale Zaken van de verzekeraar gebeld met de consument. Tijdens het telefoongesprek heeft de consument, voor zover relevant, het volgende verklaard:

"Vraag: 'Dit soort schade heeft u een jaar of twee geleden ook gehad?'
Antwoord: 'Dit soort schade ja hoor, toen is dat bedrijf ook geweest en die hebben toen de bank gereinigd en dat is gewoon goed gegaan.'
(…)

Vraag: 'Dan hebben we het dus over dezelfde grijze bank, die dus 2 jaar geleden bij Centraal Beheer kennelijk dezelfde schade is overkomen alleen hebben zij dan de bank niet vergoed aan u maar zij hebben dan de hersteller betaald.'
Antwoord: 'Nee, zij hebben hetzelfde bedrijf Eresdé, ik herkende die mevrouw'.
(…)
Vraag: 'Het gaat om dezelfde bank alleen hij is nu niet meer te herstellen en 2 jaar geleden heeft u hem zelf hersteld en heeft Centraal Beheer uitsluitend de schade betaald aan het herstelbedrijf die de geur uit de bank heeft gehaald'
Antwoord: 'Ja, ja precies hetzelfde als nu.'"

2.6 Na het telefoongesprek heeft de consument op verzoek van de medewerker van Speciale Zaken een kopie van de factuur van de beschadigde bank gestuurd die hij op 8 juni 2018 had gekocht. De aankoopgegevens van de bank komen overeen met de aankoopgegevens van de bank in het schadedossier van Centraal Beheer.

2.7 Nog dezelfde dag heeft de verzekeraar de consument per e-mail geconfronteerd met zijn bevindingen en de consument om een schriftelijke reactie gevaagd. De consument heeft op dezelfde dag en op 6 april 2020 per e-mail gereageerd. In zijn reactie van 2 april 2020 schrijft de consument, voor zover relevant, het volgende:

"(…) Het belangrijkste wat ik hier wil aandragen is dat mij niet in het aller eerste gesprek is gevraagd of deze bank (gedeelte van de bank "component") eerder door mij als schade is ingediend. U stelt geen voorwaarden aan de vergoeding die aan mij adres is gedaan.

Deze schade afhandeling komt bij u te liggen u vraagt mij
- heb ik deze schade eerder gehad, op welke wijze dan ook
- is er een vergoeding gedaan voor de bank

Ik heb u aangegeven dat er in 2018 eerder een dergelijke schade is gemeld en de schade ook toen niet volledige is afgehandelt, u vraagt of er enkel alleen een reinigingsbedrijf is geweest. Ik heb u aangegeven dat dit correct is. U heeft mij niet gevraagd of de bank volledige is vergoed geweest.

Aangezien het vervangen van de stoffering en de kussens duurder zou zijn geweest dan het vergoeden van de bank, heeft centraal beheer de schade dusdanige vergoed tot het aankoopbedrag waarmee ik uiteindelijke deze bank in zijn oorspronkelijke staat heb hersteld, ik heb het stof verwijdert en vervangen en de kussens en plaat materiaal, het compont waar toen de schade op zat is anders dan het component waarop de schade nu heb gemeld. Door de herstel werkzaamheden die ik toen heb uitgevoerd kunt u de bank als nieuwe beschouwen, ongeacht het feit dat hier eerder een vergoeding voor is verstrekt een vergoeding voor de reparatie.

Nu blijkend dat u stelt dat ik opzettelijk deze schade dubbel heb gemeld, thans de bank eerder vergoed is geweest bij centraal beheer. Centraal beheer heeft geen voorwaarden gesteld aan de vergoeding die is gedaan, thans kon ik met deze vergoeding de schade herstellen aan de bank. Als u namens centraal beheer spreekt dat deze vergoeding de afkoop is geweest van de bank (zoals u aanheeft de bank zijn volledige waarde verliest), dan is deze informatie mij onbekend en wil ik hier graag kennis van nemen dat dit een aanhangende voorwaarde was.
(…)
Ik ben van mening dat uw eerstelijnsmedewerker mij beter had moeten uitvragen zodat ik als consumenten beter op de hoogte was geweest wat er van mij verlangd word en of de schade daadwerkelijk onder de verzekering valt? (…)"

2.8 In zijn reactie van 6 april 2020 heeft de consument, voor zover relevant, het volgende verklaard:

"(…) Daarnaast wil ik u duidelijk maken dat ik op geen enkele wijze opzettelijk naar uw perspectief informatie heb achter gehouden, wij hebben hierover ook een weerstandgesprek gevoerd nadat u mij een angst aanjagende e-mail hebt verstuurd en mij beticht van verzekeringsfraude.
(…)
Uw collega heeft de schade in behandeling genomen, uw collega heeft mij niet gevraag of dergelijke schade eerder is voorgevallen. Uw collega heeft op geen enkele wijze openvragen gesteld die wellicht de schade melding in een ander perspectief hadden gezet.
(…)
Voor/na de schade heb ik naar alle eerlijkheid de vragen aan u beantwoord.
U stelt dat ik heb gelogen over een vergoeding van centraalbeheer Achmea, thans geeft u aan dat ik niet heb verteld over deze vergoeding.
Zoals ik u telefonische heb medegedeeld heb ik de schade aan de bank inderdaad bij centraalbeheer Achmea gemeld voor een ander component (deel) van de bank.
Het reinigingsbedrijf heeft de schade niet kunnen herstellen. Ik heb mij laten informeren wat het mij zou kosten om de gehele bank te restoreren.
In overleg met centraal beheer waren deze kosten hoger dan een redelijke vergoeding. Ik heb de bank (toe) met al mijn kundigheid zelf herstelt in zijn oorspronkelijke staat.
Centraal beheer heeft de vergoeding naar mijn perspectief verstrekt voor herstel, ik heb deze vergoeding niet benoemt omdat u mij daar niet naar hebt gevraagd.
Aan de vergoeding waren geen voorwaarden verbonden, de vergoeding heeft de bank niet van waarde vermindert. De bank is in zijn oude staat herstelt.
Na 1,5 jaar meld ik u een nieuwe schade, gelet op dit tijdsbestek is van opzet helemaal geen spraken!!
Indien u met voorkennis handelde en op de hoogte was van deze vergoeding die gedaan is door centraal beheer stel ik mijn vraagtekens waarom u dit niet direct aan mij heb gevraagd zodat ik hier naar heb kunnen antwoorden.(…)"

2.9 Op 16 april 2020 heeft de verzekeraar de consument per e-mail zijn definitieve standpunt medegedeeld. De verzekeraar is van mening dat de consument tijdens het telefoongesprek van 2 april 2020 opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven en/of niet alles heeft verteld met als doel om nog een keer of een hogere uitkering te ontvangen. Verzekeraar heeft de schadeclaim afgewezen en de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het Incidentenregister. Van deze registratie heeft de verzekeraar het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (verder te noemen 'CBV') in kennis gesteld. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde Intern Verwijzingsregister (verder te noemen 'IVR') voor de duur van acht jaar. Ook heeft de verzekeraar een neutrale claimmelding geplaatst in de CIS Databank. Tenslotte heeft de verzekeraar de reeds betaalde vergoeding van € 484,50 teruggevorderd van de consument.

2.10 De consument heeft op 17 april 2020 een klacht ingediend tegen de beslissing van de verzekeraar van 16 april 2020. Op 1 mei 2020 heeft de verzekeraar gereageerd op de klacht van de consument waarin de verzekeraar aangeeft zijn standpunt te handhaven.

De klacht en vordering

2.11 De consument vordert dekking onder de verzekering en vergoeding van de koopsom van de bank van € 969,- vermeerderd met de wettelijke incassokosten van € 145,35. Daarnaast vordert de consument een schade-uitkering van € 7,50 per dag vanaf 8 april 2020 tot de datum van de uitspraak van de commissie. Ook vordert de consument verwijdering van de registratie van zijn persoonsgegevens in de CIS Databank.

2.12 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument de volgende argumenten aangevoerd.

2.13 De consument kan de bank niet meer gebruiken door de reinigingslucht die in de bank is blijven hangen. De bank is niet meer te herstellen en is total loss. Om deze reden vordert de consument van de verzekeraar een schade-uitkering ter grootte van het aankoopbedrag van de bank zijnde € 969,-. De schadeadviseur heeft tijdens het telefoongesprek op 30 maart 2020 geen nadere voorwaarden gesteld aan de uitkering van € 484,50. Het is daarom niet redelijk dat de verzekeraar dit bedrag terugvordert.

2.14 De verzekeraar kan geen beroep doen op artikel 7:960 BW. De consument heeft met de uitkering van Centraal Beheer de bank in zijn oude staat hersteld. Hij is dus niet financieel beter geworden van de schade-uitkering door Centraal Beheer. Daar komt bij dat door het herstel van de bank deze niet langer als total loss kon worden beschouwd. Overigens is het de consument niet bekend dat Centraal Beheer de bank had aangemerkt als zijnde total loss.

2.15 De consument is niet allrisk verzekerd en hij heeft schade geleden. Om deze reden vordert de consument een schade-uitkering van € 7,50 per dag vanaf 8 april 2020 tot de datum van de uitspraak van de commissie.

2.16 Er is geen sprake van opzet tot misleiding. Uit de opgenomen gesprekken kan niet worden opgemaakt dat de consument iets verweten kan worden. De consument heeft tijdens het gesprek op 2 april 2020 duidelijk aangegeven dat de bank is hersteld en dat de gemaakte kosten zijn uitgekeerd. Verzekeraar heeft de consument niet specifiek gevraagd of hij eerder een schade-uitkering heeft ontvangen voor de bank.

2.17 De verzekeraar heeft in strijd met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (verder te noemen 'AVG') gehandeld door de persoonsgegevens van de partner van de consument, die de verzekeringnemer van de polis bij Centraal Beheer was, zonder toestemming te controleren. De verzekeraar heeft hiermee inbreuk gemaakt op de privacy van de partner van de consument en hij heeft de belangen van de consument en zijn partner onvoldoende in ogenschouw genomen. Het bewijs dat de verzekeraar door deze handelwijze heeft verkregen dient onrechtmatig verklaard te worden en buiten beschouwing te worden gelaten. Ook heeft de verzekeraar onrechtmatig gehandeld doordat hij de consument geen toestemming heeft gevraagd voor het opnemen van de telefoongesprekken op 7 maart 2020 en 2 april 2020. Om die reden dient de inhoud van deze gesprekken buiten beschouwing te worden gelaten.

Het verweer

2.18 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.19 De consument had het opzet om de verzekeraar te misleiden toen hij op 2 april 2020 onwaar verklaarde over de uitkering die Centraal Beheer al eerder voor de bank aan de consument had betaald. Tijdens dit telefoongesprek heeft de consument meerdere keren bevestigd dat hij geen vergoeding had ontvangen van Centraal Beheer voor de bank en dat Centraal Beheer alleen de reinigingskosten aan het schoonmaakbedrijf heeft betaald. Door niet eerlijk te verklaren over de eerder ontvangen vergoeding heeft de consument geprobeerd opnieuw een uitkering te ontvangen voor dezelfde bank. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW en artikel 4c en 4d van de voorwaarden vervalt daarmee het recht op uitkering.

2.20 Maar ook als opzet tot misleiding niet vast komt te staan, is de verzekeraar nog niet gehouden om een schade-uitkering te doen. Centraal Beheer heeft destijds de gehele nieuwwaarde van de bank aan de consument uitgekeerd. Hierdoor verkeerde de consument in de vermogenspositie van voor de schade.

De bank was weliswaar total loss en had dus geen waarde meer, maar de consument had een vergoeding ontvangen ter hoogte van de nieuwwaarde van de bank. Door een nieuwe schade-uitkering zou de consument financieel in een duidelijk voordeliger positie komen. Hij krijgt immers meer uitgekeerd dan de prijs die hij voor de bank heeft betaald en dat is in strijd met het indemniteitsbeginsel van artikel 7:960 BW. De stelling van de consument dat hij de bank na het eerste schadevoorval hersteld had en de bank om die reden wel een waarde vertegenwoordigde, heeft de consument niet aangetoond.

2.21 De verzekeraar heeft niet in strijd gehandeld met de AVG. Centraal Beheer en FBTO zijn merken van de verzekeraar. De verzekeraar beschikte dus al over de gegevens van de partner van de consument. De consument was medeverzekerde op de polis van de partner bij Centraal Beheer. Doordat sprake was van een gerechtvaardigd vermoeden van fraude was het noodzakelijk om de gegevens van de eerdere schademelding bij Centraal Beheer te gebruiken.

2.22 De verzekeraar heeft ook niet onrechtmatig gehandeld ten aanzien van de audio-opnames van 7 maart 2020 en 2 april 2020. Het gesprek van 7 maart 2020 dat is opgenomen voor coaching-doeleinden mag de verzekeraar gebruiken voor bewijs in het fraudeonderzoek. Er is geen regel die zich daartegen verzet. De fraudebehandelaar heeft bij aanvang van het gesprek van 2 april 2020 verteld dat het telefoongesprek werd opgenomen. Het opnemen van een telefoongesprek in het kader van een fraudeonderzoek is toegestaan op grond van artikel 7.7 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (verder te noemen 'GVPFI'). Toestemming van de consument is niet vereist. De verzekeraar heeft de consument geïnformeerd over de opnames van de gesprekken. Daarnaast zijn de audio-opnames van deze gesprekken naar de consument toegestuurd, nadat hij de verzekeraar hierom heeft verzocht. De audio-opnames mogen daarom bij de beoordeling worden betrokken.

2.23 Van de schadeclaim is een neutrale melding voor de duur van 5 jaar geplaatst in de CIS Databank. Deze registratie is geplaatst overeenkomstig artikel 9 en artikel 11 van het CIS Gebruikersprotocol. Deze registratie is gerechtvaardigd.

2.24 Ook zijn de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het Incidentenregister, omdat volgens de verzekeraar sprake is van aantoonbare fraude. Van deze registratie is het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (verder te noemen 'CBV') in kennis gesteld.

2.25 Tenslotte zijn de persoonsgegevens van de consument ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (verder te noemen 'IVR') voor de duur van acht jaar.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar de schadeclaim van de consument mocht afwijzen en of de verzekeraar een registratie in de CIS Databank mocht plaatsen voor de duur van 5 jaar. De commissie begrijpt de vordering van de consument aldus dat de consument ook de verwijdering van zijn persoonsgegevens uit het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het IVR vordert.

Mocht verzekeraar de uitkering weigeren? – juridisch kader

3.1 De verzekeraar vindt dat de consument onwaar heeft verklaard over een eerder ontvangen vergoeding voor de bank met het opzet opnieuw een volledige uitkering te ontvangen voor dezelfde bank. Daarom heeft de verzekeraar de uitbetaalde schade van de consument teruggevorderd. Hiermee doet de verzekeraar een beroep op artikel 7:941 lid 2 en lid 5 BW.

3.2 Op grond van artikel 7:941 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 indien 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 verschaft met de bedoeling de verzekeraar te bewegen tot het verstrekken van een uitkering die hij anders niet zou hebben verstrekt.[1]

3.3 Het is aan de verzekeraar om te bewijzen dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden, hetgeen de consument gemotiveerd heeft betwist. Ter onderbouwing van zijn standpunt heeft de verzekeraar verwezen naar de telefoongesprekken die tussen hem en de consument zijn gevoerd op 7 maart 2020 en 2 april 2020. Ten aanzien van de inhoud van deze telefoongesprekken heeft de consument aangevoerd dat de verzekeraar in strijd heeft gehandeld met de AVG en dat de informatie die de verzekeraar zo heeft verkregen niet gebruikt mag worden als bewijs. De verzekeraar heeft dit standpunt betwist en heeft een beroep gedaan op de GVPFI.

[1] Zie overweging 3.1.5 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 21 februari 2020 ECLI:NL:HR: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.

3.4 Gelet op het voorgaande zal de commissie eerst de vraag beantwoorden of de telefoongesprekken waar de verzekeraar zich op beroept voor het bewijs gebruikt mogen worden.

Heeft de verzekeraar onrechtmatig gehandeld? – juridisch kader

3.5 De verzekeraar doet een beroep op de GVPFI. De commissie zal echter niet aan deze gedragscode toetsen, maar aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars (verder te noemen 'GVPV'), een nadere uitwerking van de AVG, omdat deze verordening van toepassing was ten tijde van de verwerking van de persoonsgegevens van de consument. In de GVPV zijn de concrete spelregels voor de verzekeringsbranche vastgelegd op het gebied van de verwerking van persoonsgegevens.

3.6 In artikel 3.2.1 en artikel 4.5.1 GVPV staat dat verzekeraars persoonsgegevens mogen verwerken om de integriteit en veiligheid van (de dienstverlening) van de verzekeraar, de groep waartoe de verzekeraar behoort en van de verzekeringsbranche te waarborgen. Het verwerken van persoonsgegevens binnen de groep waartoe de verzekeraar behoort is toegestaan, mits de verzekeraar de betrokkene van wie de persoonsgegevens worden verwerkt daarover heeft geïnformeerd én duidelijk heeft gemaakt dat de verzekeraar onderdeel uitmaakt van een groep (artikel 6.1.1 GVPV en artikel 7.11.1 GVPV).

3.7 Voor de verwerking van elektronische communicatie (waaronder telefonie) bepaalt artikel 7.7.1 GVPV dat verzekeraars elektronische communicatie mogen vastleggen in het kader van – onder andere – opsporing en onderzoek van fraude en andere onregelmatigheden, maar ook voor het leveren van bewijs en het beoordelen van interpretatieverschillen of onenigheid over de inhoud van de communicatie. Ook hiervoor geldt dat de verwerking van persoonsgegevens aan de betrokkene kenbaar moet zijn gemaakt.

3.8 In artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden staat hoe en waarvoor de verzekeraar de verzekeraar de persoonsgegevens van de verzekerde gebruikt worden. Hierin staat onder andere dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de verzekerde mag gebruiken bij het tegengaan van fraude en dat gegevensuitwisseling mag plaatsvinden binnen de Achmea Groep.

3.9 Over de gegevensuitwisseling tussen Centraal Beheer en de verzekeraar (randnummer 2.17 hiervoor) oordeelt de commissie als volgt. De verzekering bij Centraal Beheer is op naam van de partner van de consument afgesloten. Als er al sprake zou zijn van onrechtmatige gegevensuitwisseling tussen Centraal Beheer en de verzekeraar, is dit een schending van de privacy van de partner van de consument. De commissie constateert verder dat Centraal Beheer onderdeel uitmaakt van de Achmea Groep en dat op basis van artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden gegevensuitwisseling binnen de Achmea Groep is toegestaan.

De verzekeraar heeft de aldus verkregen informatie daarom niet op onrechtmatige wijze verkregen. Die informatie zal de commissie daarom bij haar beoordeling betrekken.

3.10 Over de rechtmatigheid van de opgenomen telefoongesprekken oordeelt de commissie als volgt. Aan het begin van het telefoongesprek van 2 april 2020 zegt de medewerkster van de verzekeraar tegen de consument dat het gesprek wordt opgenomen, waarmee aan de vereisten die de GVPV daarvoor stelt is voldaan. Dat is anders ten aanzien van het gesprek van 7 maart 2020. Uit dat audiobestand blijkt niet dat de consument voorafgaand/aan het begin van het gesprek is geïnformeerd over het feit dat het gesprek opgenomen wordt.

3.11 Gelet op de toepasselijke wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden is de commissie van oordeel dat de verzekeraar niet heeft aangetoond dat hij ten aanzien van het gesprek van 7 maart 2020 conform die regels heeft gehandeld. De vraag is welk gevolg hieraan verbonden moet worden. De consument heeft zich op het standpunt gesteld dat de inhoud van dit gesprek als onrechtmatig terzijde geschoven moet worden. Daarin gaat de commissie niet mee. De normschending waarvan hier sprake is rechtvaardigt niet het verstrekkende rechtsgevolg van bewijsuitsluiting. Naar het oordeel van de commissie weegt het belang van de waarheidsvinding in dit geval zwaarder dan het belang van de consument om bij aanvang van het telefoongesprek te weten dat wat hij dan gaat zeggen ook als bewijs tegen hem kan dienen.

Opzet tot misleiding

3.12 Omdat de commissie van oordeel is dat de telefoongesprekken niet van het bewijs uitgesloten hoeven te worden, zal de commissie deze gesprekken meenemen in haar beoordeling of de verzekeraar voldoende heeft aangetoond dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel acht de commissie het volgende redengevend.

3.13 De consument heeft op 7 maart 2020 schade aan zijn bank gemeld. Vervolgens heeft op 2 april 2020 een telefoongesprek plaatsgevonden naar aanleiding van de schademelding, omdat de verzekeraar ermee bekend was geworden dat in 2018 een gelijksoortige schade was gemeld bij Centraal Beheer waarvoor een schade-uitkering was gedaan van de volledige aankoopsom, onder aftrek van het eigen risico. Tijdens het telefoongesprek van 2 april 2020 werd heel concreet aan de consument de vraag gesteld of hij een jaar of twee geleden eenzelfde soort schade aan dezelfde bank had gehad en of Centraal Beheer toen alleen de kosten van het herstelbedrijf had vergoed om de geur uit de bank te halen. Hierop antwoordde de consument *met 'ja, ja precies hetzelfde als nu'*.

De commissie stelt vast dat dit antwoord niet juist is, omdat destijds door Centraal Beheer € 869,- aan de consument is uitgekeerd. Door op deze wijze te antwoorden heeft de consument onjuiste informatie gegeven aan de verzekeraar.

3.14 De verklaring die de consument hiervoor heeft gegeven, namelijk dat hij in het gesprek op 2 april 2020 duidelijk heeft aangegeven dat de bank door hem is hersteld en dat de gemaakte herstelkosten die overeenkomen met het aankoopbedrag van de bank zijn uitgekeerd, kan hem niet baten. Uit het telefoongesprek van 2 april 2020 volgt naar het oordeel van de commissie geenszins dat de consument er melding van maakte dat Centraal Beheer in 2018 het volledige aankoopbedrag aan hem heeft vergoed. De consument laat in het gesprek enkel weten dat er een soortgelijke schade is geweest en dat de bank toen door hetzelfde bedrijf (de commissie begrijpt: Eresdé) is gereinigd en dat die reiniging *'gewoon goed is gegaan'*. Dat de consument geen melding maakte van de volledige vergoeding van het aankoopbedrag, omdat de verzekeraar daar niet expliciet naar gevraagd heeft, volgt de commissie evenmin. Uit de vraagstelling van de verzekeraar had de consument moeten begrijpen dat de verzekeraar geïnteresseerd was in de eerdere schadeafwikkeling door Centraal Beheer. Pas nadat de verzekeraar de consument per e-mail confronteerde met zijn bevindingen maakte de consument duidelijk dat hij in 2018 wel een vergoeding heeft ontvangen van Centraal Beheer voor de schade aan de bank en dat hij de bank destijds zelf hersteld heeft. Dat de consument niet direct openheid van zaken heeft gegeven, maar dat pas gedaan heeft nadat hij door de verzekeraar was geconfronteerd met de onjuistheid van zijn verhaal, maakt dat de commissie van oordeel is dat de consument heeft geprobeerd de verzekeraar opzettelijk te misleiden met als doel nogmaals het volledige aankoopbedrag van de bank te ontvangen.

3.15 De commissie is dan ook van oordeel dat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid, zodat geen recht op uitkering van het schadebedrag bestaat. Omdat de commissie tot dit oordeel komt, hoeft de vraag of met een uitkering aan de consument strijd zou ontstaan met het indemniteitsbeginsel (artikel 7:960 BW) niet meer te worden beantwoord.

Mocht de verzekeraar een registratie plaatsen in de CIS Databank?

3.16 De consument heeft de verwijdering van de registratie in de CIS Databank gevorderd. Hierin heeft de verzekeraar een neutrale claimmelding opgenomen. Dat wil zeggen dat in de CIS Databank alleen is opgenomen dat de consument een schadeclaim heeft ingediend.

3.17 In de CIS Databank worden alle claims opgenomen die bij verzekeraars worden ontvangen. Het maakt daarbij niet uit of de schade wel of niet gedekt is. Het gaat alleen om een registratie van het feit dat iemand een beroep heeft gedaan op zijn verzekering. Een dergelijke registratie, waarbij alleen de feitelijke gegevens en de persoonsgegevens van de betrokkene worden vastgelegd, wordt na 5 jaar verwijderd.

3.18 Vast staat dat de consument een beroep heeft gedaan op zijn verzekering door de schade aan zijn bank te melden. Op grond van artikel 9 juncto artikel 13 lid 1 sub a van het CIS Gebruikersprotocol mag een verzekeraar van een dergelijke claim melding maken bij de CIS Databank. Voorwaarde is wel dat de betrokkene hiervan in kennis wordt gesteld. Dit kan, zo volgt uit de toelichting bij artikel 9 van het CIS Gebruikersprotocol, door in algemene zin in de polisvoorwaarden te vermelden dat de verzekeraar persoonsgegevens in de CIS Databank kan vastleggen.

3.19 Nu in artikel 11 van de verzekeringsvoorwaarden is vastgelegd dat de verzekeraar gegevens van de consument mag doorgeven aan Stichting CIS, ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat deze registratie (te weten een ongekleurde claimmelding) doorgehaald moet worden.

Mocht de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister registreren?

3.20 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.

3.21 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.

3.22 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument geregistreerd naar aanleiding van een Incident, namelijk een (poging tot) fraude, door opzettelijk onjuiste informatie te verstrekken over een eerdere vergoeding voor de bank om nogmaals een uitkering van de verzekeraar te verkrijgen. In randnummers 3.12 tot en met 3.14 heeft de commissie geconcludeerd dat opzettelijke misleiding, en daarmee fraude, is komen vast te staan. Dit brengt mee dat het doel van het Incidentenregister, zoals bepaald in artikel 4.1.1 van het Protocol, is gediend bij de opname van de persoonsgegevens van de consument in dit register. 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.

3.23 De commissie oordeelt wat betreft de belangenafweging dat het belang van de verzekeraar bij registratie van de gegevens van de consument in het Incidentenregister zwaarder weegt dan het mogelijk nadelige effect die de registratie voor de consument heeft. De commissie merkt daarbij op dat het Incidentenregister slechts beperkt externe werking heeft: op grond van artikel 4.2 van het Protocol kan informatie uit het Incidentenregister alleen onder beperkte voorwaarden worden uitgewisseld met de veiligheidsafdeling van een andere financiële instelling. De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie de belangen van de consument in voldoende mate meegewogen. In het kader van die belangenafweging heeft de verzekeraar ervoor gekozen om de consument uitsluitend in het Incidentenregister te registreren en niet in het daaraan gekoppelde Externe Verwijzingsregister (hierna: 'EVR') waar ook andere verzekeraars toegang toe hebben. De registratieduur van acht jaar komt de commissie, gelet op alle omstandigheden van het geval, niet onredelijk voor. Van omstandigheden die tot doorhaling of verkorting van de duur van de registratie zouden moeten leiden, is de commissie niet gebleken.

3.24 Nu voldaan is aan de vereisten die het Protocol stelt, mag de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister gehandhaafd blijven voor een periode van acht jaar.

3.25 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij het CBV. Nu de registraties in het Incidentenregister gehandhaafd mogen blijven, bestaat geen aanleiding om te bepalen dat de melding daarvan aan het CBV moet worden ingetrokken.

Mocht de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument registreren in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR?

3.26 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument ook opgenomen in zijn interne registers, de Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde IVR, omdat de verzekeraar vindt dat sprake is van een gegronde verdenking van fraude. 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 zij van belang zijn voor de veiligheid en integriteit van de financiële instelling en om die reden speciale aandacht behoeven (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 omstandigheid dat sprake is van fraude kan als gebeurtenis in de zin van artikel 10 GVPV worden aangemerkt. De commissie is van oordeel dat een zorgvuldige verwerking van persoonsgegevens meebrengt dat de gebeurtenis op grond waarvan een verzekeraar tot registratie is overgegaan in voldoende mate moet vaststaan om die als zodanig in een register op te nemen. Zie o.a. Geschillencommissie Kifid 2019-013.

3.27 In randnummers 3.12 tot en met 3.14 hiervoor heeft de commissie uitgelegd waarom er naar haar oordeel sprake is van verzekeringsfraude. De daar genoemde feiten en omstandigheden maken dat sprake is van een gebeurtenis als bedoeld in artikel 10 GVPV.

3.28 Ook is de commissie is van oordeel dat is voldaan aan de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. Door de consument zijn geen omstandigheden aangevoerd die een kortere registratieduur rechtvaardigen. Hieraan voegt de commissie toe dat de gevolgen van de registratie voor de consument beperkt zijn nu deze registratie voor verzekeraars buiten de groep financiële ondernemingen waarvan de verzekeraar deel uitmaakt niet is in te zien en de consument door deze registratie ook niet beperkt wordt bij het sluiten van verzekeringen bij andere maatschappijen. Daarnaast stelt de commissie vast dat geen minder vergaande maatregelen beschikbaar zijn om het doel, namelijk het opmerkzaam maken van de eigen organisatie, te dienen.

Moet de verzekeraar een schadevergoeding aan de consument betalen?

3.29 Tenslotte heeft de consument een schadevergoeding van € 7,50 per dag gevorderd voor de schade die hij heeft geleden aan de bank en de procedure die hij tegen de verzekeraar heeft moeten voeren.

3.30 Omdat de commissie in het voorgaande heeft bepaald dat de consument opzettelijk een onware opgave heeft gedaan over de schade met als doel een schade-uitkering te ontvangen waar hij geen recht op heeft, dient de vordering van de consument met betrekking tot een aanvullende schadevergoeding van € 7,50 per dag eveneens afgewezen te worden.
Niet valt in te zien op welke wijze de verzekeraar een onrechtmatige daad jegens de consument heeft verricht. Voor zover de commissie in randnummer 3.9 heeft geoordeeld dat de verzekeraar wel onrechtmatig heeft gehandeld jegens de consument voor wat betreft het telefoongesprek op 7 maart 2020, rechtvaardigt dit niet de toekenning van een aanvullende schadevergoeding.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Voorwaarden Inboedelverzekering, ingangsdatum 1 juli 2016

'11. Privacy: hoe mogen wij uw gegevens gebruiken?
We vragen uw persoonsgegevens als u bij ons een verzekering of financiële dienst aanvraagt. Wij geven uw gegevens aan de Achmea Groep. FBTO is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens.

Waarvoor gebruiken we uw gegevens?
Wij gebruiken uw gegevens:
- Om overeenkomsten met u aan te gaan en uit te voeren.
- Om u producten en diensten te leveren.
- Om producten en diensten te verbeteren.
- Om risico's in te schatten.
- Om onderzoek te doen naar kenmerken en voorkeuren.
- Zoals statistisch of marktonderzoek.
- Bijvoorbeeld om u op het juiste moment een persoonlijk aanbod te kunnen doen.
- Om wetenschappelijk onderzoek te doen.
- Om te zorgen dat de financiële sector veilig en betrouwbaar blijft.
- Om fraude tegen te gaan.
- Ook gegevens over u die we op internet vinden.
- Om ons aan de wet te houden.
- Om u informatie te geven over onze andere producten en diensten.
- Om bij te houden hoe en wanneer wij contact met u hebben. Bijvoorbeeld:
- Om de communicatie te verbeteren.
- Om medewerkers te coachen en te trainen.
- Om te achterhalen wat wij met u afgesproken hebben.

Mogen wij uw gegevens doorgeven en gebruiken?
Wij mogen uw gegevens doorgeven en gebruiken binnen de Achmea Groep.
En doorgeven en controleren bij andere bedrijven.
Bijvoorbeeld:
-Bij Stichting CIS (Stichting Centraal Informatiesysteem)
- alle verzekeraar in Nederland kunnen deze gegevens zien. (…)'

Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek

Artikel 7:941

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 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.
(…)

6.1 Informatie over Verwerkingen Persoonsgegevens

6.1.1 Verzekeraars informeren de Betrokkene over de Verwerking van Persoonsgegevens, zodat de Betrokkene de Verwerking kan beoordelen en kan opkomen voor de in dit hoofdstuk benoemde rechten. Als Verzekeraars Persoonsgegevens verzamelen bij de Betrokkene, informeren zij de Betrokkene volledig en voorafgaand aan de verzameling van Persoonsgegevens. Bij het verzamelen van Persoonsgegevens via andere kanalen of uit andere bronnen dan direct van de Betrokkene, informeren Verzekeraars de Betrokkene binnen een maand na de verzameling ervan of voorafgaand in hun externe privacystatement.

(…)

7.7 Vastleggen elektronische communicatie

7.7.1 Verzekeraars kunnen elektronische communicatie vastleggen voor onder meer de volgende doeleinden:
(a) het aangaan en uitvoeren van een verzekering; of
(b) het leveren van bewijs en beoordelen van interpretatieverschillen of onenigheid over de inhoud van de communicatie; of
(c) opsporing en onderzoek van fraude en andere mogelijke onregelmatigheden; of
(d) evalueren van de kwaliteit van de dienstverlening; of
(e) trainings-, coachings- en beoordelingsdoeleinden; of
(f) marketingdoeleinden; of
(g) naleving wet- en regelgeving.
Elektronische communicatie omvat telefoongesprekken, e-mail, chatberichten en andere vormen van communicatie tussen de Verzekeraar en de Betrokkene via elektronische media.

7.7.2 Het vastleggen van elektronische communicatie door Verzekeraars dient aan de volgende criteria te voldoen:
(a) Strikte bewaartermijn. Verzekeraars bewaren de communicatie niet langer dan noodzakelijk voor de in artikel 7.8.1 van de Gedragscode omschreven doeleinden. De bewaartermijn kan per doeleinde verschillen. In overeenstemming met artikel 7.5 van de Gedragscode leggen Verzekeraars de bewaartermijn vast in een beleid.
(b) Passende Beveiliging. Verzekeraars waarborgen dat de communicatie niet toegankelijk is voor onbevoegden, niet manipuleerbaar is en traceerbaar is in beveiligde informatiesystemen.

(c) Kenbaarheid. Verzekeraars waarborgen dat de vastlegging van communicatie duidelijk kenbaar is gemaakt aan de Betrokkene.
7.7.3 Een Betrokkene heeft het recht op een kopie of transcriptie van een vastgelegd telefoongesprek. Hiertoe moet de Betrokkene de Verzekeraar voldoende informatie verschaffen, zodat de Verzekeraar de opname kan traceren.

(…)

7.11 Groepsmaatschappijen

7.11.1 Verzekeraars kunnen Persoonsgegevens binnen de Groep verwerken, mits aan de overige bepalingen van de Gedragscode is voldaan. De Betrokkene dient in het bijzonder in overeenstemming met artikel 6.1.1 van de Gedragscode voldoende informatie te hebben ontvangen dat de Verzekeraar en de Groepsmaatschappij deel uitmaken van dezelfde Groep.

Bijlage - Relevante bepalingen uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013

In het toepasselijke Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013 zijn de volgende relevante bepalingen opgenomen:

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, waarin door de betreffende Deelnemer gegevens van (rechts)personen worden vastgelegd ten behoeve van het in artikel 4.1.1 Protocol genoemde doel, naar aanleiding van of betrekking hebbend op een (mogelijk) Incident. (…)

3.1.2 Aan het Incidentenregister is een Extern Verwijzingsregister gekoppeld. (…)

4 Incidentenregister

4.1 Doel 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."

4.2 Toegang tot het Incidentenregister

(…)

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

(…)

4.3 Verwijdering van gegevens uit het Incidentenregister

(…)

4.3.2 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 opnamen in het Incidentenregister rechtvaardigt.

.

CIS Gebruikersprotocol

'Artikel 9 Mededeling van opname

1. Betrokkene wordt geacht te weten dat zijn (persoon)gegevens door de deelnemer in de CIS databank worden vastgelegd dan wel geraadpleegd.

2. De deelnemer informeert betrokkene tijdig over de verwerking van zijn persoonsgegevens bij CIS en kan gebruik maken van communicatievoorbeelden die CIS ter beschikking stelt.

3. De deelnemer is verplicht te voorzien in informatie over toepassing van de CIS databanken en verwijzing naar het CIS Privacyreglement door een tekst op zijn schadeaangifteformulier, in een privacystatement, in polisvoorwaarden, bij verzekeringsaanvragen, en/of door middel van individuele berichtgeving aan betrokkene.

4. Het is de deelnemer in beginsel niet toegestaan persoonsgegevens in de CIS databank te plaatsen als hij betrokkene daarover vooraf niet heeft geïnformeerd.

5. Voorafgaand aan plaatsing van speciale meldingen van deelnemers wordt iedere betrokkene door de deelnemer schriftelijk geïnformeerd over de registratie in de CIS databank met een opgave van de te registreren gegevens.

6. De informatieplicht is niet van toepassing als betrokkene al van de verwerking op de hoogte is of als de mededeling aan betrokkene onmogelijk blijkt of een onevenredige inspanning vergt. In dat geval legt de deelnemer de herkomst van de informatie van vast.

7. Desgevraagd toont de deelnemer aan CIS aan op welke wijze aan de informatieplicht is voldaan of waarom daarvan is afgezien.

(…)

Artikel 13 Overzicht categorieën meldingen

1. Claimmeldingen: a. Ongekleurde claimmeldingen op enig verzekeringsproduct. De registratie geldt als feitelijke weergave van een claim zonder informatie over schuld of aansprakelijkheid van betrokkene.
(…).'