

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0175

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. R.L.H. IJzerman, mr. D. van der Linden, leden en mr. S. Rutten, secretaris)

Datum uitspraak	26 februari 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn, h.o.d.n. Centraal Beheer, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Autoverzekering. De consument heeft de verzekeraar om uitkering gevraagd van schade aan haar auto. De verzekeraar stelt dat de consument heeft gefraudeerd door niet alleen een nieuwe schade maar ook een oude schade te claimen. Hij heeft de claim afgewezen, de verzekering opgezegd, de onderzoekskosten teruggevorderd en de gegevens van de consument geregistreerd in de Gebeurtenissenadministratie, het IVR, en het Incidentenregister en hij heeft van de incidentenregistratie melding gemaakt bij het CBV. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar heeft aangetoond dat de consument heeft gefraudeerd. De vordering van de consument wordt dan ook afgewezen.

1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 3 december 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met haar partner. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mevrouw [naam 1], stafmedewerker Kwaliteit en Kifid, en de heer mr. [naam 2], juridisch adviseur.
- 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?

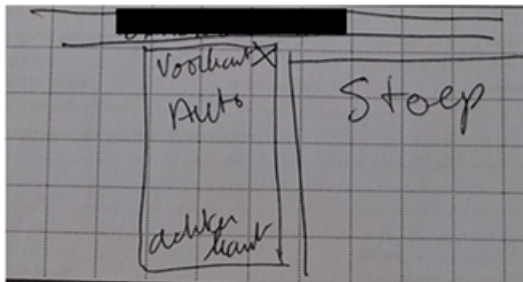
- 2.1 Op 1 mei 2023 heeft de consument een beroep gedaan op haar autoverzekering (verder: de verzekering) vanwege een beschadiging van haar auto door een onbekende.

De consument heeft daarbij toegelicht dat zij haar auto op 1 mei 2023 omstreeks 11:00 uur aantrof met schade aan de rechterszijde van de auto.

- 2.2 Op dezelfde dag heeft de consument digitaal aangifte gedaan van het verlaten van de [adres en plaats] en onder pleegdatum/tijd opgenomen: "tussen zondag 30 april 2023 om 13:05 uur en maandag 1 mei 2023 om 11:00 uur". In de aangifte verklaart de consument:

"Ik kwam vanochtend om 11.00 bij mijn auto die ik in de {adres en plaats}) had geparkeerd. Deze heb ik gistermiddag (30 april) rond 13.00 uur daar neergezet. Mijn auto is in de tussentijd aangereden. Ik heb forse lakschade en ook is een gedeelte van de bumper verbogen."

- 2.3 Op het op 22 mei 2023 ingevulde schadeformulier heeft de consument weergegeven hoe zij de auto heeft aangetroffen:



- 2.4 Ook zijn op het schadeformulier bij de vraag om met een pijl de plaats aan te geven waar het voertuig het eerst werd geraakt, de volgende kruisjes geplaatst:

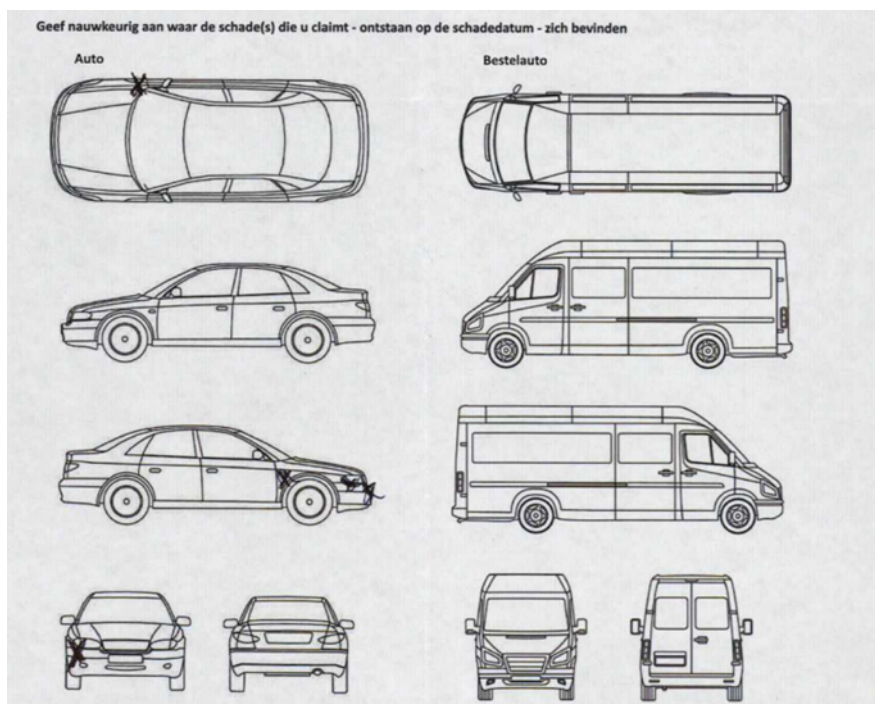


- 2.5 Verder is op het op het schadeformulier onder "Zichtbare schade aan voertuig A" aangegeven: "Bumper verbogen, lamp stuk" en onder 'Mijn opmerkingen': "strepen".

- 2.6 De consument heeft de schade aan haar auto juni 2023 door ASN Autoschade te Almere laten herstellen. Daarbij is de schade aan de rechtervoorzijde en de schade aan de linkervoorzijde hersteld. De schade aan de linkervoorzijde heeft de consument voor haar rekening genomen, omdat die schade al eerder was ontstaan. De verzekeraar heeft het schadebedrag rechtstreeks aan ASN Autoschade betaald. De verzekeraar heeft in totaal € 2.204,56 uitgekeerd.
- 2.7 Op 20 augustus 2023 heeft de consument op verzoek van de verzekeraar een inlichtingen-formulier ingevuld. Op het formulier heeft de consument onder het kopje 'Omschrijving van de schade(s)': *"zwarte vlekken op mijn auto, spatbord ... en lamp ook"* aangegeven.

Onder het kopje 'Was er al schade aan het voertuig (buiten de schade ontstaan op de op bladzijde 1 opgegeven schadedatum)?' heeft de consument het volgende vermeld: *"Twee jaar geleden heeft iemand aan de linkerkant tegen de bumper aan gezeten. Deze schade heb ik mee laten herstellen en betaald aan [naam bedrijf]."*

- 2.8 Verder heeft de consument op het inlichtingenformulier onder de tekst 'Geef nauwkeurig aan waar de schade(s) die u claimt – ontstaan op de schadedatum – zich bevinden' aangekruist waar de schade aan de auto zich bevindt:



- 2.9 De verzekeraar heeft een schade-expert verzocht om een Waarborgfondsverklaring af te geven. In het expertiserapport van 12 september 2023 is voor zover relevant het volgende opgenomen:

“Schadebeeld

Het object heeft schade aan de voorbumper, het rechtsvoor scherm, rechtsvoor portier en de velg.

Toedracht volgens verzekeringnemer

Volgens de verzekeringnemer gebeurde het volgende: Voertuig beschadigd door een onbekend gebleven motorvoertuig.

Bevindingen

Het aanwezige schadebeeld komt niet overeen met de melding van de schade. Er is sprake van meerdere evenementen

Schadevaststelling

- *De specificatie van het totale schadebedrag vindt u in de bijgaande Calculatie.*
- *Splitsing van de schade;*
 - *recente schade € 86.19 incl. BTW. (1 uur extra herstelwerk op de voorbumper incl. milieuheffing). (zwarte beschadigingen)*
 - *oude schade € 2118.37 incl. BTW. (groene beschadigingen)*

Conclusie

Schadebeeld komt niet overeen met de geschetste toedracht. Uit de draai beweging op de velg blijkt dat het voertuig bij de gebeurtenis met de 'groene' beschadigingen heeft gereden. Niet heeft stilgestaan. De 'zwarte' beschadigingen kunnen wel ontstaan zijn in stilstand. Dat is de enige nieuwe schade. Overige was al eerder zichtbaar, voor 01-05-2023.”

- 2.10 De verzekeraar heeft vervolgens aan de consument nadere vragen gesteld. In dit kader heeft de verzekeraar op 15 september 2023 twee telefoongesprekken met de consument en haar partner gevoerd. Omdat voor de consument niet helemaal duidelijk was wat de verzekeraar van haar wilde weten, heeft de verzekeraar op 15 september 2023 ook een e-mail gestuurd met voor zover van belang de volgende tekst:

'U ontdekte op 1 mei 2023 schade aan uw geparkeerde auto. U vermoedt dat een onbekende derde uw geparkeerde auto heeft geraakt. In de bijlage bij deze e-mail vindt u een foto van de schade aan uw auto, gemarkeerd met vier geleurde pijlen. Kunt u aangeven welke schade u op 1 mei voor het eerst zag?'

- 2.11 Bij e-mail van 25 september 2023 heeft de consument daar als volgt op gereageerd:

“de groen gekleurde pijl zoals u die op de foto aangeeft klopt niet. Deze wijst op de velg maar daar was geen schade. Wel op de daarboven gelegen punt van de bumper. Deze was ontzet. U vraagt mij aan te geven welke schade ik voor het eerst zag. Ik zag de totale schade direct aangezien ik van schuin vooraf kwam aanlopen. Ik parkeer in de straat achter mij aangezien ik zelf aan een autovrij pad woon.”

- 2.12 Op enig moment heeft de verzekeraar de consument geconfronteerd met zijn bevindingen dat de 'groene' schade aan de rechtervoorzijde van de auto van de consument al aanwezig was op 1 mei 2023. In een e-mailbericht van 5 oktober 2023 heeft de consument daar als volgt op gereageerd:

"1. Naar mijn weten heb ik nooit aangegeven dat er geen eerdere schade aan de rechterkant van de auto zat. De schade die ik heb gemeld was de zwarte schade.

(...)

Ik kan mij niet voorstellen dat ik aangegeven heb dat ik aan de rechterkant geen eerdere schade had. Ik heb deze schade zelf veroorzaakt in 2022. Ik zat toen midden in een zeer hectische verbouwing van mijn gehele woning en daardoor had ik geen gelegenheid om deze schade te melden c.q. te laten herstellen. Tijdens het aangehaalde telefoongesprek voelde ik mij onheus bejegend en geïntimideerd waardoor ik gevoelsmatig de hoek in werd gedreven. Wellicht heb ik door deze gemoedsbeweging onduidelijk informatie aan u verstrekt."

- 2.13 Op grond van voornoemde onderzoeken, de verklaringen van de consument en de door haar ingediende stukken, heeft de verzekeraar geconcludeerd dat de consument met opzet een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en heeft geprobeerd zo een hogere schade-uitkering van de verzekeraar te ontvangen. De verzekeraar heeft daarom de schadeclaim van de consument bij brief van 18 oktober 2023 alsnog afgewezen en de al uitgekeerde schade van € 2.204,56 teruggevorderd. Daarnaast heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument geregistreerd in de Gebeurtenissenadministratie voor de duur van 8 jaar, in het Intern Verwijzingsregister voor de duur van jaar 5 jaar en in het Incidentenregister voor de duur van 8 jaar. Van de registratie in het Incidentenregister heeft hij melding gemaakt bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CVB). Daarnaast heeft de verzekeraar de auto- en rechtsbijstandverzekering van de consument beëindigd en heeft hij de door hem gemaakte kosten van de consument gevorderd: € 553,33 aan onderzoekskosten en € 81,88 aan expertisekosten.

- 2.14 De consument is het niet eens met de verzekeraar en de door hem genomen maatregelen en zij heeft een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.15 De consument vordert een verklaring voor recht dat de verzekeraar dekking moet verlenen voor de schade aan haar auto, zodat de verzekeraar het uitgekeerde bedrag niet kan terugvorderen. Ook vordert de consument dat de verzekeraar de inmiddels door haar (terug)betaalde uitkering en onderzoekskosten teruggeeft. Tot slot vordert de consument dat de verzekeraar de registraties ongedaan maakt en de melding aan het CBV intrekt.
- 2.16 De consument stelt dat zij niet heeft gefraudeerd en heeft ter onderbouwing van dit standpunt de volgende argumenten naar voren gebracht.

De consument heeft op 1 mei 2023 alleen de 'zwarte' schade bij de verzekeraar geclaimd. Dit heeft de consument ook ingevuld op het schadeaangifteformulier. Nadat de consument had ontdekt dat haar geparkeerde auto schade had en dat de veroorzaker hiervan was doorgereden, heeft de consument zich bij [naam bedrijf] gemeld. [naam bedrijf] heeft de schade in behandeling genomen en de consument doorgestuurd naar ASN Autoschade. ASN Autoschade heeft de auto gerepareerd. Op eigen kosten heeft de consument de schade aan de linkerkant van de auto laten herstellen.

- 2.17 Begin juni heeft de schade-expert van de verzekeraar de schade beoordeeld. Waarschijnlijk zijn op dat moment vragen ontstaan over de 'groene' en 'zwarte' schade op de rechtervoorzijde van de auto. Als de schade-expert de consument toen had gebeld, zou de consument meteen hebben kunnen uitleggen dat er sprake was van twee verschillende schades aan de rechtervoorzijde van de auto. Maar dit heeft de schade-expert niet gedaan. De consument wist niet dat de 'groene' en 'zwarte' schade apart hadden moeten worden gemeld. Bovendien zag ASN Autoschade de schades ook als één schade en ASN Autoschade heeft ook verklaard dat de schades hoe dan ook in een keer zouden worden hersteld. Daarnaast was de gehele voorzijde van de auto ook opnieuw gespoten als slechts een van de schades aanwezig was. Bovendien klopt het niet dat het herstel € 86,- had gekost als enkel de 'zwarte' schade zou zijn hersteld. Het spuiten van de voorzijde van de auto had al honderden euro's gekost en ook het rechtermistlicht is stuk gegaan door de gebeurtenis op 1 mei 2023.
- 2.18 Het inlichtingenformulier dat de verzekeraar op 29 juni 2023 aan haar heeft gestuurd, vond de consument verwarrend en ook was de auto alweer bijna een maand geleden gemaakt. Omdat de consument het vreemd vond dat zij het inlichtingenformulier opeens moest invullen, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de verzekeraar, maar de verzekeraar gaf haar geen uitleg.
- 2.19 De vraagstelling in het e-mailbericht van de fraude coördinator was ook verwarrend. Het e-mailbericht bevatte een foto van de schade aan de auto met gekleurde pijlen. De vraag was welke schade de consument als eerste zag toen zij bij de auto kwam. De auto stond met de voorzijde naar de straat, dus het enige valide antwoord was dat de consument alle schade zag toen zij bij de auto kwam. De vraagstelling was misleidend. Gevraagd had moeten worden of de consument per kleur pijl aan kon geven op welke datum deze schade is ontstaan.
- 2.20 Naar aanleiding van het e-mailbericht heeft de consument telefonisch contact gehad met de fraude coördinator. Dit gesprek vond de consument zeer onaangenaam. Ook toen werd de consument niet duidelijk wat het probleem was en zij heeft overdonderd en geëmotioneerd gereageerd, waardoor zij mogelijk verkeerde informatie verstrekke. Nog dezelfde dag heeft de consument weer telefonisch contact gehad met de fraudecoördinator over het e-mailbericht, ditmaal samen met haar vriend. De partner van de consument heeft de fraudecoördinator herhaaldelijk gevraagd waar de fraude coördinator naar op zoek was, maar hij kreeg hier geen antwoord op.

Het enige dat zij aangaf was dat de consument antwoord moest geven op het e-mailbericht. Als de fraudecoördinator tijdens het telefoongesprek had aangegeven dat sprake was van een vermoeden dat het om twee verschillende schades ging, zou de consument dat meteen hebben bevestigd en uitgelegd. De consument heeft het gesprek en de houding van de fraudecoördinator als erg naar ervaren. Bovendien komen de transcripties van het gesprek die de verzekeraar heeft overgelegd niet overeen met het gesprek.

Het verweer

- 2.21 De verzekeraar voert voor zover relevant de volgende verweren.
- 2.22 De consument heeft haar mededelingsplicht geschonden en daarmee in strijd met artikel 7:941 lid 5 Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en artikel 7 van de verzekeringsvoorwaarden gehandeld. Zij heeft meermaals bewust onware mededelingen gedaan dan wel onjuiste informatie verstrekt over de reeds aanwezige 'groene' schade aan haar auto. Volgens de begrippenlijst bij de verzekeringsvoorwaarden is sprake van fraude als de consument niet de waarheid of niet alles vertelt met het opzet om een (hogere) vergoeding van de verzekeraar te verkrijgen. Hiervan is in dit geval sprake. Tijdens het eerste telefoongesprek op 15 september 2023 (omstreeks 10:17 uur) heeft de consument opzettelijk onwaar verklaard dat op de rechterzijde van de Toyota geen andere schade zat. Ook door op het inlichtingenformulier waar de 'groene' schade is opgegeven als zijnde schade van het evenement op 1 mei 2023 heeft de consument opzettelijk onwaar verklaard. De consument heeft enkel de schade aan de linkerzijde als eerdere schade aan de auto opgegeven. De consument heeft de al aanwezige en aanzienlijke schade (€ 2.118,37) aan de auto willen claimen als schade die door het evenement van 1 mei 2023 is ontstaan. Dit klemmt temeer omdat het gaat om een opvallende schade (groene kleur) die afwijkt van de 'zwarte' schade. De consument moet dit, als eigenaar en bestuurder van het voertuig, hebben gezien en geweten.
- 2.23 Daarbij komt dat de consument op verschillende momenten op een laagdrempelige wijze, zowel schriftelijk als telefonisch, in de gelegenheid is gesteld om naar waarheid te verklaren. De consument heeft dit nagelaten. Pas nadat de consument was geconfronteerd met een foto van Streetsmart waaruit volgt dat de 'groene' schade al aanwezig was vóór 1 mei 2023, is de consument anders gaan verklaren. Dat de consument stelt dat zij niet wist dat de reeds aanwezige 'groene' schade apart had moeten worden gemeld, maakt dit niet anders.
- 2.24 Gelet op al het vorenstaande heeft de verzekeraar dan ook de verschillende maatregelen mogen treffen. De verzekeraar is van mening dat deze maatregelen voldoen aan de geldende wet- en regelgeving en vindt dat hij bij het bepalen van de duur van de registraties met behulp van een proportionaliteitsmatrix in voldoende mate de belangen van de consument heeft meegewogen.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar de reeds uitgekeerde schade mag terugvorderen omdat de consument fraude heeft gepleegd. Ook moet de commissie beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument om die reden mocht registreren en zo ja, of de duur van deze registraties gehandhaafd kan blijven. Tot slot moet de commissie beoordelen of de verzekeraar de gevorderde onderzoekskosten en expertisekosten in rekening heeft mogen brengen en van de Incidentenregistratie melding heeft mogen maken aan het CBV.

Wat is het juridisch kader?

- 3.2 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument een beroep op haar verzekering heeft gedaan voor schade aan de auto die al bestond. De verzekeraar stelt dat de consument dit heeft gedaan met de bedoeling een uitkering te ontvangen waarop zij geen recht heeft. De verzekeraar heeft een beroep gedaan op artikel 7:941 lid 5 BW en artikel 7 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 3.3 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 als de verzekeringnemer die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden (lid 5). De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een schade-uitkering te krijgen waarop zij geen recht heeft.¹ De hoofdregel is dat het op de weg van de verzekeraar ligt om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met als doel een hogere schade-uitkering te ontvangen dan waarop zij recht had. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende redengevend.

Heeft de consument haar inlichtingenplicht geschonden?

- 3.4 Vast staat dat de door de consument geclaimde en door de verzekeraar uitgekeerde schade niet alleen op of omstreeks 1 mei 2023 is ontstaan. De 'groene' schade op de rechterzijde van de auto was namelijk al vóór de schadegebeurtenis van 1 mei 2023 ontstaan. Hierover bestaat tussen partijen ook geen discussie.

¹ Zie overweging 3.1.5 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 21 februari 2020, ECLI:NL:2020:311. Hierin heeft de Hoge Raad het volgende overwogen: "Het voorgaande brengt mee dat bij de beantwoording van de vraag of de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde met de schending van de in art. 7:941 lid 2 BW bedoelde mededelingsplicht het opzet heeft gehad de verzekeraar te misleiden, dient te worden onderzocht of daarbij de bedoeling heeft voorgezetten 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.

Tussen partijen bestaat wel discussie of de consument haar inlichtingenplicht heeft geschonden door onvolledige informatie te verschaffen met het opzet de verzekeraar te misleiden en een hogere uitkering te krijgen.

- 3.5 De commissie is van oordeel dat de consument haar inlichtingenplicht jegens de verzekeraar heeft geschonden. Uit de stukken blijkt namelijk dat de consument niet alleen de 'zwarte' schade heeft willen claimen, maar ook de 'groene' schade als ontstaan op 1 mei 2023. Dit blijkt naar het oordeel van de commissie uit de volgende stukken: 1) het inlichtingenformulier dat de consument heeft ingevuld, 2) de door consument overgelegde foto's die partijen tijdens het telefoongesprek van 15 september 2023 omstreeks 10:17 uur hebben besproken, 3) het antwoord van de consument op de foto met pijlen die de verzekeraar ter verduidelijking tijdens het telefoongesprek van 15 september 2023 omstreeks 10:17 uur heeft verstuurd en 4) de e-mail van de consument van 25 september 2023. Pas na de confrontatie door de verzekeraar heeft de consument gemeld dat de 'groene' schade al aanwezig was op haar auto en dus niet was ontstaan op de schadedatum 1 mei 2023. De consument heeft daar tegenover nog gesteld dat ze alleen de zwarte schade heeft geclaimd, maar daar gaat de commissie gelet op de inhoud van de hierboven genoemde stukken niet in mee. Tot slot blijkt nergens uit dat de consument bij [naam bedrijf] heeft aangegeven dat de 'groene' schade al op de auto aanwezig was. Door beide schades te claimen en niet aan te geven dat de groene schade al aanwezig was op de auto, heeft de consument haar inlichtingenplicht geschonden.

Is sprake van opzettelijke misleiding?

- 3.6 De commissie is vervolgens van oordeel dat ook vast is komen te staan dat de consument haar inlichtingenplicht met opzet heeft geschonden. De commissie vindt allereerst van belang dat uit het inlichtingenformulier blijkt dat de verzekeraar duidelijk en op een niet voor misverstand vatbare wijze heeft gevraagd om de schade(s) aan te geven die zich op de door de consument opgegeven schadedatum hebben voorgedaan. De consument heeft op een tekening behorende bij het inlichtingenformulier aangegeven dat de geclaimde schade zich vrijwel op de gehele rechtervoorzijde van de auto bevond. Tevens is er bij ditzelfde inlichtingenformulier gevraagd of er al eerdere schades op de auto aanwezig waren. De consument heeft toen alleen aangegeven dat er aan de linker voorzijde van de auto al schade aanwezig was. Naar het oordeel van de commissie had de consument op dat moment al moeten weten dat het voor de verzekeraar relevant was om te weten dat de 'groene' schade niet op de opgegeven schadedatum was ontstaan.
- 3.7 De consument heeft nog verklaard dat zij niet wist dat beide schades apart gefactureerd moesten worden. De commissie acht dit niet geloofwaardig gelet op de verklaring van de consument dat ze alleen de 'zwarte' schade heeft geclaimd. Deze twee stellingen verhouden zich niet tot elkaar en de stelling dat de consument niet wist dat de schades apart gefactureerd moesten worden en [naam bedrijf] de schades ook als één schade zag, wringt ook nog eens met het feit dat de consument de schade aan de linker voorzijde wel voor haar eigen rekening heeft genomen.

De argumenten van de consument dat zij zich door de verzekeraar in de gevoerde telefoongesprekken onheus bejegend heeft gevoeld, de vragen van de verzekeraar onduidelijk waren en dat de consument daarom verkeerde informatie heeft gegeven, volgt de commissie ook niet. Ongeacht of de vragen van de verzekeraar duidelijk of onduidelijk waren, voorafgaand aan deze telefoongesprekken en alles in samenhang bezien, had het voor de consument al duidelijk moeten zijn dat zij had moeten aangeven dat de 'groene' schade op een ander moment was ontstaan. Zelfs nadat de verzekeraar tijdens het eerste telefoongesprek op 15 september 2023 ter verduidelijking een foto aan de consument heeft gemaild, heeft de consument in een later telefoongesprek op diezelfde dag, nog steeds niet gemeld dat de 'groene' schade al eerder was ontstaan. Dat haar partner het in dat gesprek alleen heeft over de zwarte schade, maakt niet dat daarmee is aangegeven dat de consument aan de rechtervoorzijde al schade had geleden en dus oude schade aanwezig was. Pas nadat de verzekeraar de consument op 3 oktober 2023 heeft geconfronteerd met de fraude, heeft de consument aangegeven dat er wel al schade op de rechtervoorzijde van de auto aanwezig was. De commissie hecht er waarde aan op te merken dat het uiterst ongelukkig is dat ter zitting door het afluisteren van het audiofragment, gebleken is dat de door de verzekeraar overgelegde telefoonnotities niet helemaal juist waren op dit laatste punt. Dit maakt het oordeel van de commissie echter niet anders. De commissie dringt er bij de verzekeraar wel op aan hier voortaan op te letten.

- 3.8 De commissie is van oordeel dat gelet op al het vorenstaande voldoende is komen vast te staan dat de consument haar inlichtingenplicht met opzet heeft geschonden met het doel om een hogere uitkering te krijgen dan waar zij recht op had. Hierdoor is sprake van opzettelijke misleiding in de zin van artikel 7:941 lid 5 BW. In voldoende mate is vast komen te staan dat de consument bewust heeft nagelaten te melden dat de consument eerder schade reed aan de rechtervoorzijde van de auto. Bij een ware voorstelling van zaken zou het schadebedrag dat de verzekeraar zou hebben uitgekeerd vele malen lager zijn en ook als ervan uitgegaan wordt dat de 'groene' schade destijds gedekt zou zijn geweest, geldt dat de consument ten aanzien van de 'groene' schade terug zou zijn gevallen in schadevrije jaren. Deze schade heeft zij namelijk zelf veroorzaakt en de 'zwarte' schade niet.
- 3.9 De verzekeraar heeft zich dan ook terecht op het standpunt gesteld dat de consument fraude heeft gepleegd. Het gevolg hiervan is dan ook dat de verzekeraar niet gehouden was de schade aan de auto van de consument te vergoeden en dus op terecht gronden de reeds uitgekeerde schade van de consument heeft teruggevorderd.

Registratie van de persoonsgegevens in het Incidentenregister

- 3.10 Vervolgens is de vraag aan de orde of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument voor de duur van 8 jaar mocht opnemen in het Incidentenregister.

Opname in het Incidentenregister is, op grond van artikel 3.1.1 van het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (PIFI) (hierna: 'het 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.

- 3.11 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument geregistreerd naar aanleiding van een incident. Daarbij ging het om een mogelijke (poging tot een) strafbare gedraging als fraude, te weten het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie over de toedracht van de schade om dekking onder de verzekering te verkrijgen. In de overwegingen 3.4 - 3.8 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 gegevens van de consument in dit register.²
- 3.12 De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie daarbij de belangen van consument in voldoende mate meegewogen. De registratieduur van acht jaar in het Incidentenregister acht de commissie, gelet op alle omstandigheden van het geval, proportioneel. Daarbij weegt de commissie mee dat de consument de verzekeraar heeft proberen te misleiden en, na confrontatie met wat zij heeft gezegd, blijft ontkennen en dat de verzekeraar een proportionaliteitsafweging heeft gemaakt die zodanig in het voordeel van de consument is uitgevallen dat er geen melding in het Extern Verwijzingsregister (hierna: 'EVR') is gedaan waarvan de gevolgen voor de consument verstrekkender zijn. Ook neemt de commissie mee dat de externe werking van het Incidentenregister beperkt is: de informatie in het Incidentenregister kan alleen onder beperkte voorwaarden worden uitgewisseld met de veiligheidsafdeling van een andere verzekeraar. Van omstandigheden die tot verkorting van de duur van deze registratie zouden moeten leiden, is de commissie niet gebleken.

Melding Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit

- 3.13 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden 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 wat hiervoor is overwogen, is voor het toewijzen van de vordering tot intrekking van de melding van de incidentenregistratie aan het CBV dus geen grond aanwezig.

² Zie Hof Den Haag 10 april 2018, ELCL:NL:GHDHA:2018:655, r.o. 29 e.v.; en Geschillencommissie Kifid 2018-377, onder 4.6 en 2018-504 onder 4.11.

De interne registraties – de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister

- 3.14 De verzekeraar heeft de gegevens voor een periode van acht jaar opgenomen in zijn Gebeurtenissenadministratie en voor een periode van vijf jaar in het Intern Verwijzingsregister (IVR). Deze registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. Het doel van een registratie in deze registers is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.³ De gevolgen van de vermelding in deze registers zijn beperkt, omdat zij uitsluitend werken binnen de organisatie van de verzekeraar. Omdat de registratie in het Incidentenregister is toegestaan, is de interne registratie, dat ook. Dat geldt ook voor de duur van deze registraties, van acht en vijf jaar.

De onderzoekskosten

- 3.15 De verzekeraar heeft van de consument een bedrag van € 553,33 aan onderzoekskosten en € 81,88 aan expertisekosten gevorderd. De consument vordert dat zij dit bedrag niet hoeft te betalen.
- 3.16 De door de consument gegeven onjuiste voorstelling van zaken is een toerekenbare tekortkoming van de consument als bedoeld in artikel 6:74 BW.⁴ De verzekeraar heeft door overlegging van een overzicht onderbouwd dat zij onderzoekskosten en expertisekosten heeft gemaakt. De consument hoeft deze kosten alleen te vergoeden als de verzekeraar op enigerlei wijze aantoont dat hij deze kosten daadwerkelijk heeft gemaakt als gevolg van de door de consument gepleegde fraude en als de omvang van de kosten redelijk is. Dit is de zogenoemde dubbele redelijkheidstoets.⁵ De verzekeraar heeft toegelicht dat de kosten samenhangen met en nodig waren voor het fraudeonderzoek tegen de consument en dat hij die kosten zonder de fraude van de consument niet had gemaakt. Dit betekent dat de verzekeraar voldoende heeft onderbouwd dat de in rekening gebrachte kosten redelijk zijn en in redelijkheid gemaakt zijn. De door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten doorstaan daarmee de dubbele redelijkheidstoets. De consument kan worden gehouden deze te vergoeden op grond van artikel 6:96 lid 2 sub b BW.⁶

Conclusie

- 3.17 De verzekeraar heeft zich terecht op het standpunt gesteld dat de consument heeft gefraudeerd en de consequenties die hij daaraan heeft verbonden zijn terecht.

³ Artikel 4.5.3 GVPV.

⁴ Zie uitspraak GC Kifid 2016-368 onder 4.3.

⁵ Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4 (te vinden op www.rechtspraak.nl).

⁶ Zie uitspraak GC Kifid 2010-139

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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 oktober 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2020 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Artikel 7:941 BW

“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.”

Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (PIFI)

2 Begripsbepalingen

In dit Protocol wordt verstaan onder:

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

3.1 Incidentenregister en Extern Verwijzingsregister

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

(...)

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

4.1 Doel Incidentenregister en vastlegging van gegevens in het Incidentenregister

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

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

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

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

4.2 Toegang tot het Incidentenregister

(...)

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

4.3 Verwijdering van gegevens uit het Incidentenregister

4.3.1 Indien niet langer aan de voorwaarden van artikel 3.1.1 en 3.4.7 Protocol wordt voldaan draagt de Deelnemer zorg voor verwijdering van dit gegeven uit het Incidentenregister.

De Deelnemer doet dit ook op basis van een gehonoreerd verzoek tot wissing van gegevens conform artikel 9.4 Protocol.

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

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

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 1 juli 2024

In de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 1 juli 2024 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.
(..)*

4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening

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

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

5. Bijzondere persoonsgegevens

(...)

5.2 Strafrechtelijke gegevens

5.2.1 De Verzekeraar verwerkt alleen Strafrechtelijke gegevens als:

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

(...)

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

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

10. Definities

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

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

Intern Verwijzingsregister (IVR) is de deelverzameling van de Gebeurtenissenadministratie van de Verzekeraar, die uitsluitend verwijzingsgegevens bevat met betrekking tot (rechts)personen en bestemd is voor intern gebruik binnen de maatschappij of Groep, in overeenstemming met artikel 7.10.1. van de Gedragscode;

In de toelichting bij artikel 4.5.3. is het volgende opgenomen:

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

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

Een IVR bevat verwijzingsgegevens. Dit zijn identificerende gegevens (NAW-gegevens en geboortedatum) van personen die een zeker risico vormen. Het IVR bevat dus geen aanvullende informatie over de persoon of de Gebeurtenis. De Verzekeraar maakt steeds een zorgvuldige afweging voordat verwijzingsgegevens worden opgenomen, waarbij het gewicht van de Gebeurtenis een belangrijke rol speelt (direct of voor de toekomst).

Om een Gebeurtenis op deze wijze binnen maatschappij of Groep te delen, kan onder meer een rol spelen of een redelijk vermoeden bestaat van opzettelijke benadeling door de Betrokkene. Het kan bijvoorbeeld gaan om oneigenlijk gebruik van producten, diensten en voorzieningen van een Verzekeraar of pogingen daartoe. Denk ook aan het intern signaleren van een redelijk vermoeden van het plegen van strafbare of laakbare gedragingen of (een poging tot) overtredingen van (wettelijke) voorschriften gericht tegen de Verzekeraar, haar klanten of medewerkers.

Voor zover relevant voor zijn werkzaamheden kan een medewerker van de Verzekeraar het IVR raadplegen. Bijvoorbeeld als een persoon klant wil worden of bij sollicitatieprocedures. Er vindt een toets plaats aan de hand van de NAW-gegevens en geboortedatum van de betreffende persoon. Het systeem van de toetsing werkt op basis van hit-no hit. De medewerker die de toets uitvoert ziet bij een hit niet waarom, maar wel dat een (rechts)persoon is opgenomen. In het geval van een hit moet de medewerker altijd de afdeling Veiligheidszaken of een daartoe aangewezen afdeling van de Verzekeraar inschakelen die de medewerker vervolgens adviseert. Het advies kan bijvoorbeeld zijn om wel of geen contract met de sollicitant aan te gaan. Met betrekking tot een klant kunnen bijvoorbeeld speciale voorwaarden worden afgesproken, zoals aanvullende polisvoorwaarden of dekkingsbeperkingen. Relevante afdelingen of medewerkers kunnen zo op de hoogte worden gesteld dat bepaalde personen of zaken extra aandacht nodig hebben.

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

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