Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-1000

(mr. R.J. Verschoof, voorzitter. mr. D. van der Linden. mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	27 december 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Klaverblad Schadeverzekeringsmaatschappij N.V., gevestigd te Zoetermeer, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Opzettelijke schending precontractuele mededelingsplicht. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering vanwege arbeidsongeschiktheid door Long-Covidklachten. De verzekeraar heeft het uitkeringsverzoek afgewezen en zich op het standpunt gesteld dat de consument met opzet zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Ook heeft de verzekeraar de verzekering per direct beëindigd, de persoonsgegevens van de consument intern en extern geregistreerd en de onderzoekskosten teruggevorderd. Op basis van de omstandigheden van het geval is de commissie van oordeel dat sprake is van fraude en dat de verzekeraar de getroffen maatregelen mocht nemen. Vordering afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de namens de consument ingediende aanvullende stukken; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de namens de consument ter zitting ingediende pleitnotitie.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 11 oktober 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn professioneel vertegenwoordiger mr. W.P.J.M. van Gestel van ARAG Rechtsbijstand. Namens de verzekeraar waren aanwezig: [naam 1], veiligheidszaken en mr. [naam 2], claims behandelaar personenschade.

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, van beroep elektricien, heeft op 1 december 2021 bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd waarvoor hij op 3 december 2021 een gezondheidsverklaring heeft ingevuld. Op de gezondheidsverklaring heeft de consument onder meer ingevuld dat hij een lengte heeft van 1,82 meter, 90 kilo weegt en dat hij het afgelopen jaar niet meer dan 5 kilo is afgevallen of aangekomen. Naast de vraag of hij rookt staan vakjes met eerst “niet meer”, dan “nee” en als laatste “ja”. De consument heeft hier “nee” aangekruist. Ook vraag 17 waarin wordt gevraagd of de aanvrager ooit is opgenomen in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting heeft de consument “nee” aangekruist.
Bij onderdeel 10 op de gezondheidsverklaring staan rubrieken over de gezondheid. De rubrieken moeten worden aangevinkt als de aanvrager van de verzekering één of meer van de genoemde aandoeningen, ziekten, klachten, en/of gebreken had of heeft. Bij de rubriek over bewegen heeft de consument het vakje “ja” aangekruist en vervolgens bij de vragen over behandeling en onderzoek vermeld dat hij in 2017 door een fysiotherapeut is behandeld vanwege zijn lies/spieren. Bij de volgende rubrieken heeft de consument, voor zover relevant, “nee” aangekruist:

> *“**c. Psychische gesteldheid***
> *Hieronder vallen overspannenheid, overwerktheid, burn-out, stress, slapeloosheid, hyperventilatie, alcoholisme, verslaving, depressie, angststoornis, gedragsstoornis, schizofrenie, psychose, ADHD, PDD-NOS en andere stoornis in het autistisch spectrum.*
>
> ***g. Longen en luchtwegen***
> *Hieronder vallen astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten en embolie.*
>
> *(...)*
> ***k. Keel, neus, oren, ogen***
> *Het gaat om de neus, keel bijholten, strottenhoofd of stemband en ogen of oren (bijvoorbeeld stoornis in gehoor of gezichtsvermogen).*
>
> ***l. Andere klachten***
> *Zoals vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, bloedarmoede, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie en andere infectieziekten.*
>
> ***m. Overige***
> *Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.*

(...)"

2.2 De verzekeraar heeft de aanvraag geaccepteerd. En de verzekering is op 7 december 2021 zonder beperkende clausules ingegaan.

2.3 Op 4 mei 2022 heeft de consument zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege Long-Covidklachten sinds 24 maart 2022. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en de claim onderzocht. Bij het onderzoek is naar voren gekomen dat de consument een aantal klachten of gegevens niet of onjuist had ingevuld op de gezondheidsaanvraag van de verzekering en daarom heeft de verzekeraar hem gevraagd aanvullende vragenlijsten in te vullen.

2.4 De consument heeft op 18 juni 2022 een aanvullende vragenlijst over "Longklachten (astma in jeugd)" ingevuld. De consument heeft op het formulier vermeld dat de klachten niet relevant zijn, dat hij de klachten voor het eerst op 5-jarige leeftijd had voor de duur van 2 jaar en dat hij zich niet kan herinneren wat de oorzaak van de klachten was. Verder staat op het formulier dat hij zich niet kon herinneren waaruit de behandeling bestond, hoeveel behandelingen hij heeft gehad en hoelang die hebben geduurd, maar wel dat hij door de huisarts is behandeld. Volgens het antwoord van de consument zijn de betreffende of vergelijkbare klachten niet teruggekeerd. De vraag waarom hij de klachten bij de aanvraag van de verzekering onvermeld heeft gelaten heeft hij als volgt beantwoord:

> *"Ik heb sins 5 jarig leeftijd geen astma klachten gehad tot deze leeftijd. Ik was ook niet op de hoogte over deze klachten die in mijn peuter tijd heeft plaats gevonden. Ik ben door mijn moeder er achter gekomen na deze klachten van nu dat ik in mijn kindertijd astma klachten had. Dus ik was er niet zelf ook niet van op de hoogte."*

2.5 De consument heeft ook op 18 juni 2022 een aanvullende vragenlijst ingevuld "Longklachten (corona infectie)". Volgens de consument had hij voor het eerst medio maart 2022 klachten die door Corona werden veroorzaakt en wordt hij voor deze klachten behandeld door een huisarts en longarts. Volgens de consument zijn er geen andere periodes waarin hij dezelfde of vergelijkbare klachten heeft gehad. De vraag of hij zich bij het beantwoorden van gezondheidsvragen bewust was dat hij de betreffende klachten eigenlijk moest opgeven heeft hij met "nee" beantwoord en als volgt toegelicht:

> *"Corona die ik heb opgelopen in Turkije is geweest in juli 2021 waarbij ik milde corona gerelateerde klachten had de corona test vond plaats in het ziekenhuis en ik ben toen een dag in het ziekenhuis gebleven wachtende op de uitslag dat was positief. Vervolgens ben ik in quarantaine gegaan en ben ik weer hersteld na 10 dagen. Na me vakantie ben ik weer gaan werken en heb er geen klachten aan over gehouden. In feb/maart krijg ik opnieuw corona en beginnen verschillende klachten."*

2.6 Wederom op 18 juni 2022 heeft de consument een aanvullende vragenlijst ingevuld over zijn lengte en gewicht.

Op het formulier heeft de consument opgeschreven dat zijn paspoort op 17 april 2014 is afgegeven en dat daarop staat dat hij 1,80 meter is. Verder heeft hij op het formulier verklaard dat hij bij de aanvraag van de verzekering zijn lengte en gewicht niet onjuist of verkeerd heeft opgegeven en dat zijn gewicht rond die tijd 90 kilo was. Als verklaring heeft hij opgeschreven dat hij in de tussentijd is aangekomen, maar ook vaak weer afvalt en aankomt. Volgens de consument is er vaker sprake van een jojo-effect. Daarnaast heeft hij genoteerd dat hij zich ervan bewust was dat hij de vragen juist moest beantwoorden en dat hij zijn lengte niet bewust fout heeft opgegeven, maar dat hij een menselijke fout heeft gemaakt.

2.7 Met een e-mailbericht van 2 augustus 2022 heeft de verzekeraar zich tot de vertegenwoordiger van de consument gewend en hem meegedeeld dat hij voorlopig het standpunt inneemt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. Volgens de verzekeraar heeft de consument de vragen over longklachten, ziekenhuisopname en lengte en gewicht onjuist beantwoord.

2.8 Bij brief van zijn vertegenwoordiger van 12 augustus 2022 heeft de consument zich verweerd tegen het voorlopige standpunt van de verzekeraar. De consument had de vraag over longklachten met “nee” beantwoord, omdat hij op dat moment geen klachten had. Hij was pas recent bekend geworden met de longklachten die hij tijdens zijn peuterjaren had. De reden dat hij het bezoek aan het ziekenhuis niet heeft gemeld is dat het niet om een ziekenhuisopname ging. Hij was daar enkel voor een Covidtest. Het is in Turkije gebruikelijk om de uitslag in het ziekenhuis af te wachten en toen hij inderdaad Covid bleek te hebben mocht hij niet direct naar huis. Daarnaast heeft de verzekeraar niet gevraagd naar Covidklachten. Het is niet juist dat de consument tegen de praktijkondersteuner heeft gezegd dat hij drie weken tijdens zijn vakantie erg ziek was. De Covid die de consument had opgelopen heeft hij niet als zwaar ervaren. De praktijkondersteuner had moeten noteren dat hij 2 à 3 weken lichte verkoudheidsklachten heeft gehad, dat hij daar goed van is hersteld en dat hij sinds ongeveer februari klachten heeft gekregen. Over zijn gewicht heeft de consument, voor zover van belang, als volgt verklaard:

> *“Me gewicht is wel is vaker wat speels. Er zijn momenten dat ik veel aankom in korte tijd/periode maar, ook weer veel afval dus dat is vaak ups en down. Tijdens het aanvragen/afsluiten van de verzekering heb ik dus ingevuld wat mij het laatst is bijgebleven wat ik woog en dat heb ik ook ingevuld. Blijkbaar of zelfs misschien was dat dus wel iets meer maar, dat valt dus niet met zekerheid te zeggen omdat ik rond die tijd niet ben gewogen niet door mij noch door hun noch door mijn huisarts de afgelopen 15 jaar. Wel hebben ze mij gewogen tijdens het longonderzoek in het ziekenhuis in Gelre Apeldoorn ziekenhuis dat na 5 maanden ongeveer na het afsluiten van mijn verzekering. Blijkbaar ben ik dus wel wat aangekomen of het in die tussentijd van 5 maanden is geweest of lang daarvoor al is dus niet te zeggen dit dus zoals ik al eerder zei omdat ik heb ingevuld wat mij als laatst is bijgebleven.*

Ze zeggen dat ik heb aangegeven dat ik in het afgelopen jaar niet meer dan 5 kilo ben aangekomen of afgevallen ik heb daar nee ingevuld, omdat me niet is opgevallen in het afgelopen jaar maar dat ik wel vaker in de jaren daarvoor last heb gehad van ups en down maar ik weeg me zelf nooit dus kan het niet met zekerheid zeggen. Ik kijk wel is in de spiegel en aan de hand daarvan zeg ik tegen me zelf ja ben wat aangekomen of nee t is wel goed zo."

2.9 Bij brief van 27 september 2022 heeft de verzekeraar aan de vertegenwoordiger van de consument medegedeeld dat hij bij zijn standpunt is gebleven, omdat de consument bij de aanvraag van de verzekering onvermeld heeft gelaten dat hij vanaf 4-jarige tot 14-jarige leeftijd medicatie heeft gehad vanwege astma. Verder heeft hij niet gemeld dat hij medicatie gebruikt vanwege klachten van maagzuur, slaapproblemen en een slechte nachtrust heeft. Ook had de consument moeten opgeven dat hij sinds 16-jarige leeftijd rookt en in de zomer van 2021 Covidklachten heeft gehad. Daarnaast had hij de ziekenhuisopname in de zomer van 2021 en de klachten van moeite met en pijn bij ademhalen moeten vermelden die hij sinds oktober 2021 heeft. Verder heeft de consument een lengte van 1,78 meter en gewicht van 107 kilo in plaats van de opgegeven 1,82 meter en 90 kilo. Volgens de verzekeraar is sprake van opzet bij al deze verkeerde opgaves en daarom bestaat geen recht op uitkering. Reden om de verzekering per direct, 2 augustus 2022, te beëindigen. Ook heeft hij de persoonsgegevens van de consument voor de duur van 5 jaar opgenomen in het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister ('EVR') en hiervan melding gemaakt bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit ('CBV'). Verder heeft de verzekeraar de medische informatiekosten en de interne kosten voor een totaal van € 4.303,64 teruggevorderd van de consument.

2.10 Bij brief van 27 oktober 2022 heeft de vertegenwoordiger namens de consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van de verzekeraar. Dit heeft er evenwel niet toe geleid dat de verzekeraar zijn standpunt heeft gewijzigd en daarom heeft de consument deze klacht bij het Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.11 De consument vindt dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt inneemt dat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht. De consument vordert van de verzekeraar dat hij de genomen maatregelen ongedaan maakt en zijn claim in behandeling neemt. Daarnaast vordert hij een schadevergoeding van € 1.000.000,- exclusief vertragingsrente en kosten, vanwege de gemiste uitkeringen en omdat hij in de toekomst geen verzekering meer kan afsluiten. In het geval de commissie tot het oordeel komt dat de verzekering correct is beëindigd – hetgeen de consument betwist – vordert hij premierestitutie. Ter onderbouwing van zijn standpunt heeft de consument het volgende aangevoerd.

2.12 De consument heeft de gezondheidsverklaring juist, of anders alleen wat slordig, ingevuld. Van opzet is dan ook geen sprake. De verzekeraar baseert zijn standpunt op aannames en de vragen in de gezondheidsverklaring zijn te ruim.

2.13 Het zijn steeds de behandelaren die de consument verkeerd hebben begrepen en onjuiste informatie hebben genoteerd. Wat de praktijkondersteuner van de huisarts ('POH') heeft opgeschreven klopt niet. Waar de consument wel voor kwam weet hij niet meer, waarschijnlijk ging het om milde klachten, emotionele problemen of dat hij een beetje last had van zijn longen. Ook de longarts heeft de consument verkeerd begrepen. Wat de longarts over de astma heeft opgeschreven klopt niet. De consument heeft rond 5-jarige leeftijd slechts enkele jaren astma gehad.
Hij heeft bij het invullen van de gezondheidsvraag zijn gewicht gegokt. Hij had zichzelf voor het laatst vóór de vakantie naar Turkije gewogen en toen woog hij 90 kilo. De consument heeft te makkelijk gedacht over het invullen van zijn gewicht.
De consument heeft niet begrepen dat het verblijf in het Turkse ziekenhuis kwalificeert als een ziekenhuisopname en dat hoefde hij ook niet te begrijpen. De reden dat de consument na de positieve Covidtest niet naar huis mocht is dat hij in Turkije als toerist wordt gezien. Hij kon echter bij een familielid in quarantaine. In het ziekenhuis heeft de consument een pilletje en een half uur zuurstof gekregen, maar dat kreeg bijna iedereen.
Verder heeft de consument de vraag over het roken niet goed gelezen. Hij dacht dat er werd gevraagd of hij op dat moment rookte en dat was niet het geval. Nadat hij de tweede keer Covid heeft gehad had de consument moeite met in slaap komen. Dit duurde meestal ongeveer 1,5 uur. Hiervoor is hij niet bij de huisarts geweest en hij had geen vermoeidheids-klachten.

2.14 De maatregelen die de verzekeraar heeft genomen voldoen niet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. De onderzoekskosten die de verzekeraar vordert zijn buitenproportioneel. Bovendien heeft de verzekeraar nagelaten te onderbouwen dat er een causaal verband bestaat tussen de kosten en het handelen van de consument.

Het verweer

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

3. De beoordeling

Waar gaat het over?

3.1 Aan de orde is de vraag of de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Precontractuele mededelingsplicht – het juridisch kader

3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek ('BW') is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:

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

aan de verzekeraar mee te delen. Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.

3.3 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.[1]

3.4 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.[2]

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

3.6 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts onder andere voorwaarden zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 3 BW). Ook is mogelijk dat de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde. Als de verzekeraar erin slaagt te bewijzen dat de verzekeringnemer de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden, is hij geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 5 BW).[3]

[1] Hoge Raad 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.
[2] Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
[3] Hoge Raad 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, overweging 3.3.3.

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

3.8 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.[4]

3.9 Met inachtneming van het voorgaande overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden?

3.10 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie als vaststaand aan dat de consument bij het aangaan van de verzekering in ieder geval had moeten melden dat hij “niet meer” rookt. Volgens zijn eigen verklaring was hij kort voor het invullen van de verzekering namelijk gestopt. Daarnaast had hij ten minste moeten vermelden dat hij in het afgelopen jaar meer dan 5 kilo was aangekomen of afgevallen of dat hij niet exact wist hoeveel hij woog op het moment dat hij op de gezondheidsverklaring op 3 december 2021 invulde dat hij 90 kilo woog. Volgens de opgave van de consument had hij zich namelijk voor het laatst kort vóór de vakantie naar Turkije in de zomer van 2021 gewogen en woog hij toen 90 kilo en heeft zijn gewicht last van het jojo-effect. Op 4 mei 2022 woog hij evenwel 107 kilo en volgens hetgeen de longarts heeft opgeschreven was dit gewicht stabiel en was al sprake van obesitas vóórdat de longklachten een half jaar daarvoor waren begonnen. Verder had de consument moeten melden dat hij was opgenomen in het ziekenhuis in de zomer van 2021. De uitleg van de consument dat hij niet is opgenomen, maar dat hij alleen de uitslag van de Coronatest in het ziekenhuis in Turkije moest afwachten vindt de commissie niet plausibel. De consument heeft namelijk ook zuurstof toegediend gekregen waaruit de commissie afleidt dat er meer aan de hand was dan alleen een Coronatest. Dat bijna iedereen zuurstof en een pilletje kreeg zoals de consument stelt acht de commissie niet aannemelijk. Bovendien hebben zowel de POH op 3 februari 2022 als de longarts op 4 mei 2022 opgeschreven dat de consument in Turkije in het ziekenhuis is opgenomen. Ook had de consument de vraag over longklachten met “ja” moeten beantwoorden in verband met de ademhalingsklachten die hij had overgehouden aan de Corona besmetting in de zomer van 2021 en de astmaklachten die hij als kind heeft gehad.

[4] Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

Dat de consument voor de aanvraag van de verzekering ademhalingsklachten had, blijkt uit wat de POH heeft opgeschreven op 3 februari 2022, namelijk dat de consument sinds oktober/november moeite heeft met en pijn bij ademhalen. Dit komt overeen met wat de longarts op 4 mei 2022 heeft opgeschreven, namelijk dat de consument al een half jaar klachten heeft van verminderde conditie. De consument heeft hiertegen ingebracht dat het verslag van de POH niet klopt en dat de POH zich heeft vergist. De consument weet evenwel niet meer wat hij dan wel met de POH heeft besproken, maar wel dat het waarschijnlijk om milde klachten ging. Later heeft hij eveneens ter zitting gezegd dat het waarschijnlijk om emotionele problemen ging of dat hij een beetje last had van zijn longen en dat hij niet weet waarom de POH zo'n breed verhaal heeft opgeschreven. Deze uitleg van de consument vindt evenwel geen ondersteuning in het medisch dossier en valt ook niet te rijmen met de uitleg die hij over dit bezoek heeft gegeven in de bezwaarbrief van 12 augustus 2022, namelijk dat sprake was van lichte verkoudheidsklachten voor de duur van 2 à 3 weken. De commissie acht het daarom niet aannemelijk dat iets wezenlijks anders met de POH is besproken dan is opgeschreven.
De astmaklachten blijken uit hetgeen de POH op 3 februari 2022 heeft genoteerd namelijk dat de consument als kind mogelijk astma heeft gehad en de anamnese van de longarts op 4 mei 2022 waarin staat dat de consument tot 14-jarige leeftijd astma gerelateerde klachten had waarvoor hij inhalatiemedicatie kreeg. Deze informatie komt van de consument, een anamnese is namelijk gebaseerd op de uitleg die de patiënt aan de behandelend arts geeft. De verklaring van de consument op de aanvullende gezondheidsverklaring van 18 juni 2022, als onderdeel van het verzwijgingsonderzoek, dat hij pas recent bekend is geworden met astmaklachten die hij op 5-jarige leeftijd slechts 2 jaar heeft gehad, vindt geen enkele ondersteuning in het dossier en acht de commissie daarom niet geloofwaardig. Omdat de consument nog tot 14-jarige leeftijd medicatie kreeg voor de aan astma gerelateerde klachten, acht de commissie het niet aannemelijk dat hij is vergeten dat hij die klachten heeft gehad.

3.11 Volgens de verzekeraar had de consument ook maagzuur- en vermoeidheidsklachten moeten melden bij het aangaan van de verzekering. De verzekeraar heeft over die klachten gezegd dat deze niet in detail zijn uitgezocht en dat hij ook zonder die klachten tot de beslissing was gekomen dat hij de verzekering niet had gesloten bij een ware stand van zaken. De commissie stelt vast dat de verzekeraar ter onderbouwing van de maag- en vermoeidheidsklachten te weinig heeft aangevoerd om die te kunnen vaststellen. Daarnaast vindt de commissie rubriek "m. Overige" op de gezondheidsklachten niet specifiek genoeg om de consument te kunnen tegenwerpen dat hij deze vraag onjuist heeft beantwoord door hier niet in te vullen dat hij eerder Corona had gehad.

3.12 Het voorgaande brengt mee dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.

Bij het aanvragen van de verzekering heeft de consument de volgende omstandigheden onvermeld gelaten terwijl de verzekeraar hier op de gezondheidsverklaring wel naar heeft gevraagd, namelijk dat hij :

- had gerookt;
- in het laatste jaar meer dan 5 kilo was aangekomen of afgevallen;
- was opgenomen in het ziekenhuis;
- ademhalingsklachten had;
- tot 14-jarige leeftijd astmaklachten had gehad.

Heeft de consument met opzet zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden?

3.13 Vervolgens dient de commissie de vraag te beantwoorden of de verzekeraar de uitkering mocht stopzetten en de reeds betaalde uitkering mocht terugvorderen op grond van artikel 7:930 lid 5 BW. Dit artikel bepaalt dat de verzekeraar geen uitkering verschuldigd is wanneer de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden. De verzekeraar vindt dat hiervan sprake is, omdat de consument zowel bij het aangaan van de verzekering als op de aanvullende vragenlijsten onjuist heeft verklaard over verschillende klachten zoals blijkt uit het medisch dossier. Hiertegenover stelt de consument dat hij geen onjuiste informatie heeft gegeven, of dat hij alleen slordig is geweest bij het beantwoorden van de vragen en dat zijn behandelaren verkeerde informatie hebben opgeschreven.

3.14 De commissie is van oordeel dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van opzet tot misleiding. Hierbij neemt de commissie in overweging dat de verzekering tot stand is gekomen op de grondslag van door de consument ingevulde gezondheidsverklaringen en dat de daarin gestelde vragen eenduidig waren. De door de consument onjuist beantwoorde vragen en zijn wisselende verklaringen laten geen ruimte voor de mogelijkheid dat hij niet met opzet heeft gehandeld. De commissie acht daarbij het volgende relevant.

3.15 De stelling van de consument dat hij slordig is geweest bij het beantwoorden van de vragen acht de commissie ongeloofwaardig. Bij de vraag over bewegen vulde hij immers wel in dat hij in 2017 door de fysiotherapeut is behandeld vanwege zijn lies/spieren. Dat hij de vragen niet goed heeft gelezen is hierdoor niet aannemelijk. Verder vulde de consument op de gezondheidsverklaring in dat zijn lengte 1,82 was in combinatie met een gewicht van 90 kilo en dat hij in het laatste jaar niet meer dan 5 kilo was aangekomen of afgevallen. In het rapport van de longarts staat evenwel dat het gewicht van de consument stabiel was en dat de obesitas al aanwezig was vóórdat hij een half jaar geleden klachten kreeg en dat hij op dat moment 107 kilo woog bij een lengte van 1,78 meter. Over deze discrepantie heeft de consument verschillende verklaringen gegeven. In de aanvullende vragenlijst heeft hij ingevuld dat zijn gewicht bij het invullen van de gezondheidsverklaring 90 kilo was, een jojo-effect heeft en dat hij een menselijke fout heeft gemaakt bij het opschrijven van zijn lengte.

In zijn bezwaar op het voorlopige standpunt van de verzekeraar schrijft hij dat zijn gewicht schommelt, dat hij zich de afgelopen 15 jaar niet heeft (laten) wegen maar zijn gewicht inschat door in de spiegel te kijken. Ter zitting heeft de consument evenwel verklaard dat hij zich vóór de vakantie naar Turkije had gewogen en dat hij toen 90 kilo woog en dat hij zijn gewicht bij het invullen van de gezondheidsverklaring had gegokt. Deze verklaringen zijn niet met elkaar te verenigen. Daarnaast acht de commissie het niet aannemelijk dat hij een vergissing van 4 centimeter heeft gemaakt bij het opschrijven van zijn lengte, terwijl in zijn paspoort staat dat hij een lengte van 1,80 meter heeft. Een lengte van 1,82 meter is bovendien specifiek en dit duidt erop dat hij doelbewust een lengte van 1,82 meter heeft opgegeven. Daar komt nog eens bij dat de consument op de aanvullende vragenlijst heeft ingevuld dat hij wist dat hij de vragen over zijn gewicht en lengte correct moest invullen, waaruit kan worden opgemaakt dat hij doelbewust heeft gehandeld.

3.16 De stelling van de consument dat hij de vraag of hij ooit is opgenomen in het ziekenhuis niet onjuist heeft ingevuld, omdat hij niet is opgenomen maar alleen in het ziekenhuis is geweest om de Coronatest af te wachten, acht de commissie evenmin geloofwaardig zoals zij reeds onder 3.10 heeft geoordeeld. Uit de omstandigheden dat de consument de vraag over de ziekenhuisopname op de gezondheidsverklaring onjuist heeft beantwoord en daarna in zijn aanvullende verklaringen heeft geprobeerd de ziekenhuisopname te bagatelliseren tegenover de verzekeraar blijkt dat hij met opzet heeft gehandeld. Twee behandelaren hebben namelijk wel van de consument begrepen dat hij in het ziekenhuis heeft gelegen of is opgenomen. Ook de Corona gerelateerde klachten heeft de consument ten onrechte niet vermeld op de gezondheidsverklaring. Deze klachten waren bovendien actueel. De consument heeft ook deze klachten tegenover de verzekeraar gebagatelliseerd, terwijl hij bij zijn behandelaren over deze klachten blijkbaar een ernstiger beeld heeft geschetst. Op het aanvullende vragenformulier verklaarde de consument namelijk dat hij na 10 dagen was hersteld en slechts milde klachten had. Bij zijn bezwaar noemde hij dat hij 2 à 3 weken milde verkoudheidsklachten had gehad waarvan hij goed was hersteld en dat hij sinds ongeveer februari 2022 klachten heeft. In de anamnese van de longarts van 4 mei 2022, die is gebaseerd op de verklaring van de patiënt, staat evenwel dat hij al een half jaar een verminderde conditie heeft en dat het na de ziekenhuisopname in Turkije even wat beter, maar al snel weer slechter ging. Dit komt overeen met het beeld van de POH die op 3 februari 2022 heeft opgeschreven dat de consument na de Corona-besmetting in Turkije drie weken flink ziek is geweest en dat hij sinds oktober/november opnieuw weer klachten heeft van moeite met en pijn bij ademhalen. De huisarts spreekt bovendien van Long-Covidklachten waarvoor hij de consument naar de longarts heeft verwezen, wat doet vermoeden dat er beduidend meer aan de hand was.
Ook over de astmaklachten die hij als kind had heeft de consument wisselende verklaringen afgelegd. Volgens het vragenformulier zou hij deze klachten op 5-jarige leeftijd slechts voor de duur van twee jaar hebben gehad en wist hij niet op welke wijze hij hiervoor was behandeld.

Terwijl de longarts bij de informatie die de consument hem zelf heeft gegeven (de anamnese) heeft opgeschreven dat de consument tot 14-jarige leeftijd astma had en dat hij bovendien inhalatiemedicatie gebruikte. De stelling van de consument dat ook deze behandelaar hem verkeerd heeft begrepen acht de commissie niet aannemelijk.

3.17 Uit het medisch dossier in samenhang met de verklaringen van de consument bij aanvang van de verzekering en daarna, leidt de commissie af dat hij heeft geprobeerd om tegenover de verzekeraar een rooskleuriger beeld te schetsen van zijn medische situatie dan die in werkelijkheid was. Dit, tezamen met het grote aantal wisselende en deels tegenstrijdige verklaringen, leidt tot de conclusie dat sprake is van opzet. Van een vergissing of slordigheid kan onder deze omstandigheden geen sprake zijn. Dit brengt mee dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden met als doel een verzekering te sluiten die anders niet tot stand gekomen was. De verzekeraar is daarom op grond van artikel 7:930 lid 5 BW geen uitkering onder de verzekering verschuldigd en mocht de verzekering op grond van artikel 7:929 lid 2 BW beëindigen.

Externe registraties persoonsgegevens

3.18 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument geregistreerd in het Incidentenregister en het EVR voor een periode van vijf jaar. De consument is het niet eens met de registratie in deze registers. De commissie zal daarom de vraag beantwoorden of de verzekeraar tot die registraties heeft mogen overgaan.

3.19 Omdat opname van persoonsgegevens in deze registers – en met name het EVR – voor de consument ernstige gevolgen kan hebben, moeten zware eisen worden gesteld aan de grond(en) van de verzekeraar voor opname daarin van de persoonsgegevens van de consument.[5]

3.20 Voor de registratie van persoonsgegevens in het EVR gelden, op grond van artikel 5.2.1 van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (hierna: 'het Protocol'), waarvan de relevante artikelen als bijlage aan deze beslissing zijn gehecht, als vereisten dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude opleveren en dat de registratie proportioneel is.[6]

3.21 De commissie heeft onder 3.14 t/m 3.17 overwogen dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR genoemd in artikel 5.2.1 onder a en b en van het Protocol is voldaan.

---

[5] Zie Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, rechtsoverweging 4.3 en Geschillencommissie 2017-717 onder 4.2.
[6] Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720.

Proportionaliteit van de registraties

3.22 De consument heeft aangevoerd dat bij de registratie van zijn persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR niet is voldaan aan het proportionaliteits- en het subsidiariteitsbeginsel. Volgens de consument is namelijk geen sprake van schending van de precontractuele mededelingsplicht en ook niet van opzet. Over dit laatste heeft de commissie reeds geoordeeld. Dit neemt echter niet weg dat de commissie dient te toetsen of de duur van de registraties voldoet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.

3.23 Bij *subsidiariteit* gaat het erom dat aannemelijk is dat er geen minder zwaar middel is om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is om andere verzekeraars erop te attenderen dat er in het verleden met betrekking tot de consument iets aan de hand is geweest op het gebied van strafbare gedragingen. Dat doel is in dit geval naar het oordeel van de commissie niet op een andere manier te bereiken dan met een vermelding in het EVR. Naar het oordeel van de commissie is daarmee aan het subsidiariteitsvereiste voldaan.

3.24 Bij *proportionaliteit* gaat het om de afweging van de rechten en belangen over en weer. Het belang van de financiële instellingen om opmerkzaam te worden gemaakt op fraudegerelateerd gedrag van de consument moet zwaarder wegen dan het recht op privacy van de consument en zijn belang om zonder belemmeringen aan het financiële verkeer te kunnen deelnemen. In dat laatste belang wordt de consument door de registratie voor de duur van vijf jaar beperkt.

3.25 De commissie is van oordeel dat bij afweging van de wederzijdse belangen het belang van de verzekeraar dient te prevaleren.

3.26 De verzekeraar heeft gemotiveerd aangegeven waarom tot een registratieduur van vijf jaar is gekomen. De verzekeraar heeft daarbij gebruik gemaakt van een beslismatrix en bij zijn beslissing meegewogen dat de verzwegen informatie korter dan 6 maanden geleden was toen de aanvraag werd gedaan en de consument na confrontatie bleef volharden. Normaliter houdt de verzekeraar ook rekening met een belang van meer dan € 7.500,-, maar dat vond hij in dit geval niet proportioneel.

3.27 De commissie begrijpt dat de registratie nadelige gevolgen heeft of kan hebben voor de consument. Gelet op de feiten en omstandigheden van deze zaak weegt het belang van de financiële sector bij registratie van de persoonsgegevens van de consument in dit geval echter zwaarder dan het belang van de consument bij niet registreren van zijn persoons-gegevens. Het belang van verzekeraar is dat herhaling van soortgelijke situaties wordt voorkomen en andere verzekeraars te waarschuwen. Nu de commissie is gebleken dat de consument heeft volhard in zijn stellingen en vorderingen en daarmee geen blijk heeft gegeven van enig inzicht in de consequenties van zijn handelen, acht de commissie het niet disproportioneel dat zijn persoonsgegevens voor 5 jaar worden geregistreerd.

Daar komt bij dat de commissie niet is gebleken van andere concrete omstandigheden die tot een kortere duur zouden moeten leiden. Hiertoe heeft de consument niets aangevoerd.

3.28 Gelet op het bovenstaande blijft de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister gehandhaafd. Het EVR is gekoppeld aan het Incidentenregister. Dit brengt mee dat zolang registratie in het EVR terecht en proportioneel is, de gegevens ook in het Incidentenregister blijven staan.

Melding CBV

3.29 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol mogen de gegevens in het Incidentenregister worden uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit. Nu de registratie zowel in het EVR als in het Incidentenregister op juiste gronden is gedaan, behoeft de melding bij het CBV niet te worden ingetrokken.

Interne registratie persoonsgegevens

3.30 De gegevens van de consument zijn ook intern geregistreerd in de Gebeurtenissen-administratie. Dit register is een intern 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 GVPV). De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze registratie.

3.31 De commissie heeft onder 3.14 t/m 3.17 overwogen dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van fraude door de consument en dat opname in het EVR en het Incidentenregister met (beperkte) externe werking is toegestaan. Nu aan de registratie in de interne registers hetzelfde feitencomplex ten grondslag ligt en deze registratie minder vergaand is, heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie de gegevens ook in de Gebeurtenissenadministratie mogen opnemen. Ten aanzien van de duur van de registratie, acht jaar, geldt dat de gevolgen minder verstrekkend zijn dat een externe registratie, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de desbetreffende financiële instelling. De commissie acht de registratie daarmee proportioneel.

Premierestitutie

3.32 Aangezien de commissie van oordeel is dat de consument heeft gefraudeerd bestaat ook geen recht op premierestitutie. Op grond van artikel 7:930 lid 4 BW bestaat alleen recht op premierestitutie als de verzekeraar bij kennis van de juiste stand van zaken geen verzekering had gesloten en de verzekeringsnemer bij de schending van zijn precontractuele mededelingsplicht te goeder trouw heeft gehandeld. Van goede trouw is bij fraude natuurlijk geen sprake.

Terugvorderen onderzoekskosten

3.33 De verzekeraar heeft de consument aansprakelijk gesteld voor de kosten die hij door de behandeling van het dossier heeft moeten maken. De verzekeraar heeft toegelicht dat hij kosten heeft gemaakt voor medische onderzoeken, waarvan de kosten € 3.771,64 bedragen en de kosten van zijn eigen uitgevoerde onderzoek heeft hij gematigd door € 532,00 in rekening te brengen. De verzekeraar heeft voor de medische onderzoeken een onderbouwing overgelegd en uitgelegd dat hij het onderzoek heeft moeten doen en dat hij dit onderzoek bij kennis van de ware stand van zaken niet had uitgevoerd, omdat dan de verzekering niet (direct) tot stand was gekomen. De kosten van het eigen onderzoek heeft de verzekeraar onderbouwd door uit te leggen welke werkzaamheden hij heeft verricht tegen het aantal uren die hij wel in rekening heeft gebracht.

3.34 De commissie overweegt dat de consument als klant van de verzekeraar verplicht is om juiste informatie te verstrekken. Als hij deze verplichting niet nakomt, is sprake van wanprestatie en moet hij de schade die de verzekeraar daardoor lijdt vergoeden.[7] Zoals hiervoor is vastgesteld is de consument deze verplichting niet nagekomen.

3.35 Verder is van belang dat de door de verzekeraar gevorderde onderzoekskosten alleen voor vergoeding in aanmerking komen als de verzekeraar op enigerlei wijze aantoont dat hij deze kosten daadwerkelijk heeft gemaakt en als de omvang van de kosten redelijk is. Dit is de zogenoemde dubbele redelijkheidstoets.[8]

3.36 De commissie is van oordeel dat uit de toelichting door de verzekeraar en het overgelegde overzicht in voldoende mate blijkt welke werkzaamheden zijn verricht en welke kosten zijn gemaakt. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar zijn vordering hiermee voldoende heeft onderbouwd. Zij kan daarom niet oordelen, zoals de consument heeft gevraagd, dat de verzekeraar de onderzoekskosten niet mag terugvorderen.

Slotsom

3.37 De slotsom is dat de klacht van de consument ongegrond is. Zijn vorderingen moeten daarom worden afgewezen.

[7] Zie artikel 6:74 BW.
[8] Artikel 6:96 lid 2 sub b BW.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

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

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Artikelen uit het Burgerlijk Wetboek

Artikel 6:74 BW

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Artikel 6:96 lid 2 sub b BW

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

Artikel 7:929 BW
1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de nietnakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 7:930 BW

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezen lijkt.

3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. De verzekeringnemer die te goeder trouw heeft gehandeld, is in dit geval evenmin premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

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.*

5.1 Functie van het Extern Verwijzingsregister

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

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

5.2 Vastlegging van gegevens in het Extern Verwijzingsregister

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

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

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018

In de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018 zijn de volgende relevante artikelen opgenomen:

3. Beginselen
3.1 Algemeen
3.1.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving. Zij respecteren de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en vertrouwelijkheid en verwerken Persoonsgegevens op een transparante, behoorlijke en zorgvuldige wijze.
3.2 Grondslagen verwerking
3.2.1 Verzekeraars baseren iedere Verwerking van Persoonsgegevens op een in geldende wet- en regelgeving opgenomen grondslag. De Gedragscode bevat een nadere uitwerking van rechtmatige grondslagen uit wet- en regelgeving voor Verwerkingen van Persoonsgegevens door Verzekeraars.
3.3 Verzameling Persoonsgegevens
3.3.1 Verzekeraars verzamelen Persoonsgegevens voor welbepaalde en uitdrukkelijk omschreven doeleinden. In de Gedragscode staat een aantal van deze doeleinden verder uitgewerkt in artikel 4. Daarnaast kunnen Verzekeraars in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving Persoonsgegevens Verwerken op grond van andere doeleinden. Verzekeraars omschrijven de doeleinden van Verwerkingen en de bronnen van Persoonsgegevens in een privacybeleid.

4. Doeleinden
4.1 Algemeen
4.1.1 Verzekeraars beschrijven de doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens in hun privacybeleid. Artikel 4 werkt veelvoorkomende doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens door Verzekeraars nader uit.
4.1.2 Verzekeraars voeren een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (hierna DPIA) uit als bedoeld
in artikel 7.4, zodra zij Persoonsgegevens verder verwerken voor andere doeleinden dan beschreven in het privacybeleid en deze verdere verwerking, gelet op de aard, de omvang, de context en de doeleinden daarvan waarschijnlijk een hoog risico inhoudt voor de rechten en vrijheden van natuurlijke personen. Deze verdere Verwerking van Persoonsgegevens is alleen geoorloofd als het nieuwe doel verwant is aan het oorspronkelijke doel van de Verwerking en als de aard van de Persoonsgegevens en de gevolgen voor de Betrokkene zich niet tegen verdere Verwerking verzetten. Verzekeraars informeren de Betrokkene over de nieuwe Verwerking van Persoonsgegevens in overeenstemming met afdeling 6 van de Gedragscode.
(...)
4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening
4.5.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens om de integriteit en veiligheid van (de dienstverlening van) de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en van de verzekeringsbranche te waarborgen. Zij treffen daartoe maatregelen, waaronder het (laten) uitvoeren van een interne audit en het inrichten van een Incidentenregister en eventuele deelname aan andere waarschuwingssystemen.

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

10. Definities

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

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

In de toelichting bij artikel 4.5.3 is het volgende opgenomen:

Eén van de veiligheidsmaatregelen die Verzekeraars nemen is het vastleggen van Gebeurtenissen die van belang kunnen zijn voor de veiligheid en integriteit van de onderneming en de sector. Deze Gebeurtenissen worden door Verzekeraars vastgelegd in een administratie. Dit deel van de administratie wordt de Gebeurtenissenadministratie genoemd. In deze administratie worden gegevens bijgehouden die naar het oordeel van de Verzekeraar van belang kunnen zijn voor de kwaliteit, veiligheid en integriteit van de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en de verzekeringsbranche. Het kan daarbij gaan om uiteenlopende gebeurtenissen. Denk aan uitkomsten van screeningsverzoeken, klachten van klanten, (mogelijke) verzekeringsfraude of het niet naleven van afspraken waaronder structureel wanbetalingsgedrag of faillissementen.

De Gebeurtenissenadministratie is een verzameling van gegevens en vormt het geheugen van de Verzekeraar. Verzekeraars hebben geen inzage in elkaars Gebeurtenissenadministraties, tenzij ze deel uitmaken van dezelfde Groep. Ondernemingen die behoren tot een Groep kunnen ook een gezamenlijke Gebeurtenissenadministratie voeren.

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

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

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

Naast het hebben van een Gebeurtenissenadministratie en een IVR dient een Verzekeraar ook een branchewaarschuwingssysteem te voeren. Dit is een systeem dat het mogelijk maakt voor Verzekeraars om elkaar te waarschuwen. Omdat Persoonsgegevens in dit geval buiten de Groep worden gedeeld, gelden hiervoor bijzondere aanvullende regels.

De regels met betrekking tot het branchewaarschuwingssysteem zijn vastgelegd in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI).

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