**Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0262**

(mr. dr. D.P.C.M. Hellegers, voorzitter, mr. H. Wammes, J.J. Turkesteen, leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)

| | |
|---|---|
| Datum uitspraak | 31 maart 2023 |
| Klacht van | De consument |
| Tegen | Allianz Nederland Schadeverzekering, gevestigd te Rotterdam, verder te noemen de verzekeraar |
| Aard uitspraak | Bindend advies |
| Uitkomst | Vordering gedeeltelijk toegewezen |
| Bijlage | Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving |

## Samenvatting

Autoverzekering. Opzettelijke misleiding. Registratie persoonsgegevens. Na een aanrijding heeft de consument een beroep gedaan op zijn autoverzekering. De verzekeraar heeft de schadeclaim afgewezen -onder andere -, omdat de toedracht van de aanrijding niet overeenkomt met hetgeen de consument daarover heeft verklaard. Volgens de verzekeraar is sprake van opzettelijke misleiding. Om die reden heeft de verzekeraar de persoons-gegevens van de consument geregistreerd in externe en interne registers. Ook vordert de verzekeraar de door hem gemaakte onderzoekskosten van de consument terug. De commissie is van oordeel dat de consument inderdaad heeft geprobeerd de verzekeraar opzettelijk te misleiden met als doel een (hogere) schade-uitkering te ontvangen dan waar recht op bestaat. De verzekeraar mocht de schadeclaim afwijzen, de persoonsgegevens van de consument registreren en de onderzoekskosten op hem verhalen. Wel dient de verzekeraar de registratie van de persoonsgegevens in de externe registers aan te passen van zes naar vier jaar. Vanwege een gebrek aan onderbouwing dient de verzekeraar daarnaast een deel van de gevorderde onderzoekskosten in te trekken. Vordering deels toegewezen. Klacht ten dele gegrond.

## 1. Procedure

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

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 9 februari 2023. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger de heer [naam 1]. Namens de verzekeraar waren aanwezig mevrouw [naam 2], teamleidster Speciale Zaken, de heer [naam 3], onderzoeker bij Dekra en de heer mr. [naam 4], claims management.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

2.1 De consument heeft voor € 25.000,- een Volkswagen Golf VII (verder te noemen 'de auto') gekocht bij [automobielbedrijf]. De auto is op 4 mei 2021 op naam van de consument gesteld en is bij de verzekeraar verzekerd. Op de verzekerings-overeenkomst zijn verzekeringsvoorwaarden VWA21 van toepassing.

2.2 Om de auto te kunnen kopen is een financiële lease (huurkoop) overeenkomst opgesteld d.d. 3 mei 2021 voor een totale leaseprijs van € 19.923,40. Het resterende bedrag van € 9.000,- is door de consument contant betaald.

2.3 Op 6 mei 2021 heeft de consument een aanrijding gehad. Op het schadeaangifte-formulier (verder te noemen 'saf') is aangegeven dat de volledige zijkant van de auto van de consument beschadigd is geraakt doordat de tegenpartij achteruit tegen de auto aanreed. In de toelichting bij het saf is als geschat schadebedrag € 8.500,- - € 9.000,- opgegeven.

2.4 De verzekeraar heeft Ongevallen Analyse Nederland (verder te noemen 'OAN') gevraagd de auto te onderzoeken tegen het licht van de opgegeven toedracht van de botsing. In het rapport staat - voor zover relevant - het volgende:

> *'Uit bijgaand uitleesrapport blijkt dat er zeer veel storingen in het voertuig aanwezig zijn. Slechts één van die storingen is op de opgegeven ongevalsdatum ontstaan (…).*
>
> *Vrijwel alle andere storingen hebben te maken met een zeer slecht en onvolledig herstelde oude schade. Dit voertuig heeft aan de voorzijde een zeer forse schade gehad en deze schade is niet goed/juist/volledig hersteld. (…) De schade is dermate fors geweest dat delen van het motorblok tegen het schutbord zijn gedrukt. Ook de ABS pomp is beschadigd geraakt en tegen het schutbord gedrukt. (…)*
>
> *Na het voertuigonderzoek is een korte proefrit gemaakt en daarbij is gebleken dat het voertuig nauwelijks remt en in deze staat niet geschikt is voor gebruik op de openbare weg. Naast deze meldingen verschenen in het instrumentarium ook meldingen van storingen aan het start-stoop systeem en het front-assist systeem. Er is dus meer mis dan alleen het (ABS/ESP) remsysteem (…).*
>
> *Het staat in ieder geval vast dat er ten tijde van onderhavig 'ongeval' sprake was van veel 'oud zeer' en een voertuig dat daardoor (nog) niet geschikt was voor gebruik op de openbare weg. Het voertuig was zeker niet APK-waardig. (…)*

*Hiervoor is reeds opgemerkt dat er die dag met de VW is gereden, maar of dat ook op/rond het opgegeven ongevalstijdstip was is niet bekend. Als dit wel zo is geweest, dan is het gelet op de vele nog aanwezige storingen en mankementen niet aannemelijk dat deze VW op dat moment 'gewoon' in gebruik was.*

*In deze zijschade zijn minimaal twee afzonderlijke schades te herkennen. Er is niet alleen sprake van een dynamische schampschade over de volle lengte maar ook van een min of meer haakse statische inrijding. (…)*

*Het vorenstaande betekent dat dit voertuig minimaal twee keer is geraakt door een botspartner en dat de VW bij minimaal één van die aanrijdingen/inrijdingen stilstond.(…)'*

2.5 Nadat de auto door een deskundige van OAN is onderzocht, is de auto uitgebrand.

2.6 Vervolgens heeft de verzekeraar in zijn brief van 16 november 2021 aan de consument laten weten het dossier te zullen overdragen aan de afdeling Speciale Zaken. Ook schrijft de verzekeraar in deze brief dat hij van oordeel is dat de consument opzettelijk onjuiste informatie heeft gegeven en daarmee heeft geprobeerd de verzekeraar te bewegen tot het doen van een onterechte (hogere) schade-uitkering.

2.7 Nadien heeft een briefwisseling tussen de toenmalig advocaat van de consument en de verzekeraar plaatsgevonden.

2.8 Dit heeft erin geresulteerd dat de verzekeraar bij brief van 14 juni 2022 aan de toenmalig advocaat van de consument heeft laten weten dat hij van oordeel is dat de consument hem opzettelijk heeft misleid met het doel een hogere schade-uitkering te krijgen dan waar recht op bestaat. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de verzekeraar aangevoerd dat het technisch onmogelijk is dat de aanrijding heeft plaatsgevonden zoals door de consument is opgegeven. Daarnaast heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de auto voor de aanrijding technisch aantoonbaar in slechte staat verkeerde en dat dit voor de consument kenbaar moet zijn geweest. Verder heeft de verzekeraar aangevoerd het opvallend te vinden dat er banden bestaan tussen de consument en de importeur van de auto, als ook tussen de importeur van de auto en de tegenpartij van de aanrijding. Van toeval kan geen sprake zijn, aldus de verzekeraar. Als gevolg hiervan heeft de verzekeraar de schadeclaim afgewezen en de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar opgenomen in de externe registers en voor de duur van acht jaar in zijn interne registers. Ten slotte heeft de verzekeraar de door hem gemaakte onderzoekskosten van in totaal € 1.723,85 op de consument verhaald.

2.9 Tegen deze beslissing heeft de toenmalige advocaat van de consument bezwaar gemaakt.

2.10 Op dit bezwaar is bij brief van 19 juli 2022 door de verzekeraar gereageerd. Kort samengevat heeft de verzekeraar in die brief kenbaar gemaakt het eerder ingenomen standpunt te handhaven.

*De klacht en vordering*

2.11 De consument vordert dat de verzekeraar de registraties van zijn persoonsgegevens ongedaan maakt, dan wel de termijn daarvan verkort. Daarnaast vordert hij dat zijn schade waar hij op grond van de verzekering recht op heeft inclusief wettelijke rente door de verzekeraar wordt vergoed en hij de aan hem in rekening gebrachte onderzoekskosten niet hoeft te betalen.

2.12 Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument aangevoerd dat geen sprake is van opzettelijke misleiding en wel om de volgende redenen.

2.13 Omdat de consument de Nederlandse taal niet voldoende beheerst, is mis-communicatie ontstaan tussen - onder andere - de consument en de onderzoekers van Dekra. Dit heeft eraan bijgedragen dat zaken onduidelijk zijn gebleven met als gevolg dat de verzekeraar zich op het standpunt heeft gesteld dat sprake is van fraude. Het interview met de onderzoekers van Dekra dient buiten beschouwing te worden gelaten. Te meer ook, omdat de consument door de onderzoekers onder druk is gezet.

2.14 De auto is voor € 25.000,- gekocht bij [automobielbedrijf] en was zowel optisch als technisch schadevrij. Er brandde geen waarschuwingslampjes. De auto reed goed, schakelde goed en er waren geen remproblemen. Dat de auto in het verleden een forse schade had gehad en nadien slecht hersteld was, wist de consument niet. Als de consument dit wel had geweten, dan had hij geen € 25.000,- voor de auto betaald.

2.15 Om de auto te kunnen betalen is een financiering afgesloten van € 16.000,- bij [naam leasemaatschappij]. Het resterende bedrag van € 9.000,- is contant betaald. Er is geen enkele reden om een dure financiering af te sluiten op een auto om vervolgens de verzekeraar te misleiden. Wanneer schadepenningen uitgekeerd zouden worden, zouden deze immers geheel aan de leasemaatschappij toekomen.

2.16 In het rapport van OAN staat dat twee afzonderlijke schades aan de auto zichtbaar zijn; 1) een dynamische schampschade over de gehele lengte en 2) een min of meer haakse statische inrijding. Beide schades zijn het gevolg van de aanrijding op 6 mei 2021. Het eerste botscontact ontstond doordat de wederpartij achteruit uit een parkeerplaats reed en de auto van de consument vol raakte. De consument schrok hiervan en begon te remmen, waarna hij voorbij de tegenpartij tot stilstand kwam. Kennelijk was de tegenpartij zelf ook geschrokken waardoor hij na de eerste botsing opnieuw achteruit reed en weer tegen de auto van de consument aankwam. Deze twee botsmomenten dienen gezien te worden als één schade-evenement.

*Het verweer*

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

## 3. De beoordeling

*Inleiding*

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar de schadeclaim van de consument terecht heeft afgewezen en of hij de persoonsgegevens van de consument mocht registreren en zo ja, of de duur van deze registraties gehandhaafd kan blijven. Ook moet de commissie beoordelen of de verzekeraar de gevorderde onderzoekskosten in rekening heeft mogen brengen.

3.2 Voordat de commissie daarop ingaat, stelt de commissie vast dat de consument bij het indienen van zijn klacht een schadebedrag van € 25.000,- heeft gevorderd en dat hij in de toelichting bij zijn klacht heeft verzocht de schade conform dagwaarde vergoed te krijgen. Gelet op de hoogte van dit gevorderde schadebedrag en de toelichting daarop begrijpt de commissie de vordering zo dat de consument ook de schade vergoed wil zien die door het uitbranden van de auto is ontstaan. De brand(schade) is echter geen onderdeel geweest van het partijdebat. Het partijdebat heeft zich enkel toegespitst op de aanrijdingschade en de vraag of de consument die schade ten onrechte van de verzekeraar vergoedt wil krijgen. De commissie zal bij de beoordeling dan ook aansluiten bij dat wat in het partijdebat naar voren is gebracht en zich dus over de brandschade niet uitlaten.

*Het toetsingskader*

3.3 Allereerst zal de commissie de vraag beantwoorden of de verzekeraar de schadeclaim terecht heeft afgewezen. De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument hem opzettelijk onjuiste informatie heeft gegeven over de toedracht van de aanrijding dan wel bewust informatie heeft achtergehouden met als doel een (hogere) schade-uitkering te krijgen dan waarop de consument recht heeft. Hiermee doet de verzekeraar een beroep op artikel 7:941 lid 5 van het Burgerlijk Wetboek (hierna 'BW').

3.4 Op grond van artikel 7:941 BW is, kort gezegd, de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (lid 2) en vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden (lid 5). De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een (hogere) schade-uitkering te krijgen dan waar hij recht op heeft.

*Opzet tot misleiding*

3.5 Voorop staat dat het aan de verzekeraar is 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 hij recht had, dan wel een uitkering te ontvangen onder andere voorwaarden dan de voorwaarden waar hij op grond van de polis recht op heeft.[1] De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende redengevend.

3.6 Zoals in 2.4 uiteen is gezet volgt uit het rapport van OAN dat de auto een schadeauto betrof die niet deugdelijk was hersteld. Op basis van de uitgelezen voertuigelektronica en de visuele inspectie heeft de expert van OAN zich op het standpunt gesteld dat de auto niet APK-waardig was en het niet aannemelijk is dat de auto 'gewoon' in gebruik was. Ten aanzien van de geclaimde schade is de expert van OAN van oordeel dat deze niet kan zijn ontstaan zoals door de consument is opgegeven. Volgens de expert zijn minimaal twee afzonderlijke schades te herkennen, waarvan tenminste één schade is ontstaan terwijl de auto stilstond.

3.7 Dat sprake is van twee afzonderlijke schades is door de consument niet betwist. Evenmin is door de consument betwist dat een van de schades is ontstaan terwijl de auto stilstond. Ter zitting heeft de consument hierover verklaard dat hij op de weg reed en dat de wederpartij vanuit een parkeervak achteruit reed en toen tegen hem aanbotste. De consument reed naar eigen zegge nog zo'n 5 à 6 meter door, waardoor de schampschade is ontstaan. Ook heeft de consument, conform de inhoud van zijn klachtuiting, verklaard dat de tegenpartij vervolgens nog een tweede keer tegen hem aan is gebotst.

3.8 Deze lezing van consument past niet bij de bevindingen van de expert van OAN dat minimaal één van de schades tijdens stilstand is ontstaan. Daarnaast ontgaat het de commissie hoe het mogelijk is dat nadat de consument na het eerste botsmoment en terwijl hij naar eigen zeggen nog 5 à 6 meter is doorgereden, het de tegenpartij gelukt moet zijn de auto een tweede keer te raken. Ook nadat de commissie ter zitting nadrukkelijk aan de consument heeft gevraagd dit uit te leggen, heeft de consument hiervoor geen plausibele verklaring gegeven, maar heeft hij volhard in zijn verhaal.

3.9 Op basis van het voorgaande in onderlinge samenhang bezien met de bevindingen van de expert van OAN dat de auto een niet deugdelijk herstelde schade-auto betrof die niet APK-waardig was, is komen vast te staan dat de schade die de consument claimt niet kan zijn ontstaan tijdens een botsing op 6 mei 2021. De onderzoeksresultaten zijn in strijd met hetgeen de consument daarover verklaard heeft. Datzelfde geldt voor de algehele staat waarin de auto op het moment van de botsing verkeerde.

[1] Vgl. HR 21 februari 2020, ECLI:NL:HR:2020:311, r.o. 3.1.3-3.1.5 en HR 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, r.o. 3.3.

De consument heeft hiervoor geen valide verklaring gegeven. Hetgeen de consument wel heeft verklaard acht de commissie, gelet op de onderzoeksbevindingen, ongeloofwaardig. Dit brengt de commissie tot het oordeel dat de consument heeft geprobeerd een hogere schade-uitkering van de verzekeraar te ontvangen waar geen recht op bestaat.

3.10 Concluderend is de commissie van oordeel dat de consument feiten die hij kende of behoorde te kennen en waarvan hij wist of behoorde te begrijpen dat die van belang waren voor de beslissing van de verzekeraar om al dan niet (en/of onder welke voorwaarden) tot uitkering over te gaan, heeft verzwegen, en de consument daarbij heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden, zodat geen recht op dekking c.q. uitkering van het schadebedrag bestaat.

*Over externe registratie van de persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR*

3.11 Vervolgens is de vraag aan de orde of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar mocht opgenomen in het Incidentenregister en het EVR (in dit geval de databank van de Stichting CIS). Dit houdt het volgende in.

3.12 Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij ook de persoons-gegevens van de betrokkenen worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot dit systeem. Toch kan deze registratie een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld.

3.13 De verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van de persoon die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systeem waar alle verzekeraars toegang toe hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of er over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn Incidentenregister. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan de betrokkene (in dit geval de consument) zullen weigeren.

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

3.15 Omdat deze registraties grote gevolgen hebben voor degene wiens persoonsgegevens het betreft, mogen verzekeraars niet zonder goede reden persoonsgegevens opnemen in de genoemde registers. Er worden dan ook hoge eisen gesteld aan die reden(en).[2] De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: 'het Protocol', zie bijlage).

*De registratie in het EVR is terecht, maar de duur is te lang*

3.16 Artikel 5.2.1 van het Protocol bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Vereist is dat er een zwaardere verdenking tegen de consument bestaat dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude.[3] Dit betekent dat alleen een verdenking van fraude niet genoeg is; hier moet ook bewijs voor zijn. Een verzekeraar moet dus goede redenen hebben de gegevens te registreren en hij moet dat ook voldoende kunnen onderbouwen.

3.17 Hiervoor onder 3.5 tot en met 3.10 is uiteengezet dat de commissie van oordeel is dat de consument heeft geprobeerd de verzekeraar opzettelijk te misleiden met als doel een (hogere) schade-uitkering te ontvangen dan waar recht op bestond. Dit brengt met zich dat er een zwaardere verdenking is tegen de consument dat hij heeft gefraudeerd dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld.

3.18 De registratie moet ook voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. Bij subsidiariteit gaat het om het uitgangspunt dat er geen lichter middel is om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is om andere verzekeraars erop te attenderen dat de consument een dreiging voor de (klanten of medewerkers van de) verzekeraars vormt of kan vormen. Dat doel is niet op een andere manier te bereiken dan met een melding in het EVR. Aan het subsidiariteits-vereiste is voldaan.

3.19 Bij proportionaliteit gaat het om de afweging van de belangen over en weer. Het belang van de financiële instellingen om opmerkzaam te worden gemaakt op fraude-gerelateerd gedrag van de consument moet zwaarder wegen dan het belang van de consument om zonder belemmeringen aan het financiële verkeer te kunnen deel-nemen. Anders gezegd: er dient een redelijke verhouding te bestaan tussen het nadeel dat de consument ondervindt en de legitieme doelen die door de verzekeraar worden nagestreefd met de registratie.

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

3.20 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR voor de duur van zes jaar proportioneel is. Ter onderbouwing hiervan heeft de verzekeraar aangevoerd dat er sprake is van een aanzienlijk financieel belang en dat de consument ook na confrontatie met de feiten blijft volharden in zijn standpunt.

3.21 De consument heeft op zijn beurt geen omstandigheden aangedragen ter onderbouwing van zijn vordering de registratieduur te verkorten.

3.22 De commissie is van oordeel dat de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR op zichzelf, dat wil zeggen los van de door de verzekeraar gekozen registratietermijn, voldoet aan het proportionaliteitsvereiste. De commissie begrijpt dat deze registratie impact heeft op de consument en dat hij daarvan nadeel kan ondervinden. De commissie ziet echter ook dat de consument zich schuldig heeft gemaakt aan opzettelijke misleiding van de verzekeraar, zodat registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR passend is.

3.23 Anders dan de verzekeraar, heeft de commissie bij dat oordeel niet betrokken dat er mogelijke verbanden tussen consument, tegenpartij en importeur van de auto bestaan en dat zij - zo begrijpt de commissie het standpunt van de verzekeraar - een opzetje bedacht hebben om geld te verdienen aan een schadeauto door de verzekeraar te misleiden.

3.24 Verder hecht de commissie eraan dat als uitgangspunt voor de verwerking van persoonsgegevens geldt dat deze beperkt dient te blijven tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt (hier: het waarschuwen van andere banken naar aanleiding van wat de consument gedaan heeft).[4] In die zin dat de registratietermijn langer zal zijn naarmate de frauderende consument, gelet op hetgeen hij op zijn kerfstok heeft, een groter risico vormt voor andere banken.

3.25 Gelet op hetgeen hiervoor uiteen is gezet, rekening houdend met de specifieke omstandigheden van deze zaak en de afweging van de betrokken belangen, is de commissie van oordeel dat een registratieduur van niet meer dan vier jaar (en dus tot 16 november 2025) proportioneel is.

[4] Zie punt 39 van de considerans van de AVG, waarin onder meer het volgende staat: "De persoonsgegevens dienen toereikend en ter zake dienend te zijn en beperkt te blijven tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt. Dit vereist met name dat ervoor wordt gezorgd dat de opslagperiode van de persoonsgegevens tot een strikt minimum wordt beperkt." Zie ook artikel 5 lid 1 aanhef en onder c AVG, opgenomen in de bijlage bij deze uitspraak.

*De registratie in het Incidentenregister en de melding aan het CBV*

3.26 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.

3.27 De commissie ziet echter geen aanleiding voor een langere duur van de registratie in het Incidentenregister dan in het EVR. Dat betekent dat ook de registratie in het Incidentenregister op 16 november 2025 komt te vervallen.

3.28 Op grond van artikel 4.2.3. van het Protocol mogen de gegevens in het Incidenten-register uitgewisseld worden met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het CBV. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen mocht de verzekeraar het CBV van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in kennis stellen. De verzekeraar hoeft de melding aan het CBV daarom niet in te trekken.

*Over interne registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR*

3.29 Naast de registratie van de persoonsgegevens van de consument in de externe registers, heeft de verzekeraar zijn persoonsgegevens ook opgenomen in diens interne registers voor de duur van acht jaar. Het gaat daarbij om de Gebeurtenissen-administratie en het daaraan gekoppelde IVR.

3.30 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.[5] De gevolgen van de vermelding in deze registers zijn beperkt, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de verzekeraar. Omdat de registratie in de externe registers is toegestaan, is de interne registratie, dat ook. Ten aanzien van de duur van deze registratie, acht jaar, geldt dat de gevolgen minder verstrekkend zijn dan een externe registratie. De registraties zijn zuiver intern zodat deze registratie de consument na afloop van de registratie in het EVR niet in de weg zal staan bij het sluiten van een verzekering bij een andere verzekeraar.

[5] Artikel 4.5.3 GVPV.

*De onderzoekskosten*

3.31 De verzekeraar vordert van de consument vergoeding van de onderzoekskosten van € 1.191,85, zijnde de nota van OAN en een bedrag van € 532,- als forfaitaire kantoorkosten.

3.32 Het opzettelijk misleiden van de verzekeraar door de consument is een toerekenbare tekortkoming van de consument als bedoeld in artikel 6:74 BW. Vanwege deze toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis uit overeenkomst is de consument in beginsel gehouden de schade die de verzekeraar als gevolg hiervan heeft geleden, te vergoeden. De door de verzekeraar gemaakte onderzoekskosten worden door de commissie als schade aangemerkt en de consument kan worden gehouden deze schade te vergoeden op grond van artikel 6:96 lid 2 onder b van het BW.

3.33 De door een verzekeraar gevorderde kosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de verzekeraar aantoont deze kosten daadwerkelijk te hebben gemaakt als gevolg van de aan de consument verweten tekortkoming. De verzekeraar moet concreet onderbouwen dat en hoe de kosten samenhangen met het onderzoek.

3.34 Ten aanzien van het door de verzekeraar gevorderde bedrag van € 532,- aan interne kantoorkosten stelt de commissie vast dat dit op geen enkele wijze is onderbouwd. Voor de commissie is niet inzichtelijk welke werkzaamheden de verzekeraar heeft verricht en welke tijdsindicatie en kosten daaraan gekoppeld zijn. Er is dus onvoldoende grond dat de consument deze kosten aan de verzekeraar moet vergoeden.

3.35 Voor wat betreft de kosten van € 1.191,85 heeft de verzekeraar een nota van OAN overgelegd. Uit deze nota volgt welke werkzaamheden door de expert van OAN zijn verricht, hoeveel tijd daaraan is besteed en tegen welk tarief. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar zijn vordering hiermee voldoende heeft onderbouwd en dat dit in redelijkheid komt tot het bedrag van € 1.191,85. Er is dan ook voldoende grond dat de consument deze kosten aan de verzekeraar moet vergoeden.

## 4. De beslissing

De commissie beslist dat:

- de verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de duur van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister en het EVR in die zin aanpast dat deze uiterlijk op 16 november 2025 vervallen;
- de verzekeraar de melding aan het CBV per 16 november 2025 intrekt;
- de verzekeraar de vordering inzake de onderzoekskosten ten bedrage van € 532,- intrekt.

De commissie wijst het meer of anders gevorderde 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 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.*

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

**Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening**

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

## Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

## 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 klachte wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar.*

*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.*