Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0589

(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. P.J. Neijt, mr. J.L.M Luiten, leden en mr. W.H. Luk, secretaris)

Datum uitspraak	23 juli 2025
Klacht van	De consument
Tegen	De Vereende N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Registratie persoonsgegevens. De consument heeft bij het indienen van een schadeclaim op haar aansprakelijkheidsverzekering een vervalste factuur ingediend. De verzekeraar heeft hierop de persoonsgegevens van de consument in de externe verwijzingsregisters geregistreerd. De consument vordert dat de verzekeraar de registraties doorhaalt. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar de persoonsgegevens in de registers mocht opnemen en dat de registratieduur proportioneel is. De vordering van de consument wordt 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 aanvullende stukken van de consument; 3) het standpunt van de verzekeraar in de interne klachtprocedure; 4) het verweerschrift van de verzekeraar; 5) de repliek van de consument; 6) de dupliek van de vertegenwoordiger van de verzekeraar en 7) de reactie daarop van de consument.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 14 mei 2025. De consument nam deel aan de hoorzitting. Namens de verzekeraar namen deel: mevrouw [naam 1], fraude coördinator, afdeling speciale zaken en mevrouw [naam 2], senior specialist schade. Verder werd de verzekeraar vertegenwoordigd door mevrouw mr. [naam 3], advocaat.

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 per 15 juli 2022 via een assurantietussenpersoon bij de verzekeraar een aansprakelijkheidsverzekering voor particulieren afgesloten, verder te noemen de verzekering.

2.2 Op 28 december 2023 heeft de consument bij de verzekeraar een schadeclaim ingediend. Op het schade-aangifteformulier heeft de consument vermeld dat zij op 10 december 2023 een stofzuiger van het merk Dyson, gekocht op 10 januari 2023 voor € 649,00, per ongeluk heeft omgegooid. Over de oorzaak van de schade heeft zij het volgende vermeld:

> *"Deze stofzuiger was een cadeau van mij naar mijn zus. Ik heb de stofzuiger van mijn zus kapot gemaakt. De top is volledig gebroken en het stofzuigt niet meer het vuil."*

Verder heeft de consument op het formulier de volgende toelichting gegeven:

> *"Ik was aan het stofzuigen en ik leunde de stofzuiger tegen de muur, ervan uitgaande dat het zou staan, maar het viel en brak volledig. Dit probleem valt buiten de garantie omdat het geen softwareprobleem is. De reparateur vertelde ons dat de reparatiekosten vaak nog hoger zijn dan de stofzuiger zelf."*

2.3 Op verzoek van de verzekeraar heeft de consument de aankoopfactuur van de stofzuiger met factuurdatum 11 januari 2023 overgelegd. Op de factuur staan onder 'klantgegevens' de naam en het adres van de zus van de consument vermeld.

2.4 De verzekeraar heeft op 15 januari 2024 een onderzoeksbureau ingeschakeld om de schadeclaim van de consument te onderzoeken. Reden daartoe was dat de verzekeraar twijfels had over de authenticiteit van de factuur. Daarnaast had de consument op 27 januari 2023 en 6 juli 2023 ook al schadeclaims onder de verzekering (schade aan de telefoon van de zus en de iPad van een neef) ingediend. De verzekeraar heeft die schade in beide gevallen vergoed. Bij de beoordeling van de schade van 6 juli 2023 heeft de verzekeraar geconstateerd dat de persoonsgegevens van de consument eerder door twee andere verzekeraars in het Externe Verwijzingsregister (EVR) zijn geregistreerd.

2.5 Het is de onderzoeker niet gelukt om een afspraak met de consument dan wel met de zus van de consument te maken om de zaak nader te bespreken. In het onderzoeksrapport van 29 februari 2024 staat hierover het volgende:

> *"Op 5 februari 2024 werd een in de Engelse taal opgesteld SMS bericht ontvangen waarin mevrouw [naam van de consument] aangaf dat zij al langere tijd niet meer in Nederland woont en dat zij, volgens haar opgave, onnodig verzekerd is geweest. Aangegeven werd dat de schadeclaim van de Dyson als niet ingediend kon worden beschouwd.*

(...)

Circa een uur na het maken van de afspraak [met de zus van de consument] werd van [naam van de consument] een SMS bericht ontvangen waarin door haar werd aangegeven dat de schadeclaim door haar was ingetrokken en dat de gemaakte afspraak geannuleerd werd. Wederom werd aangegeven dat de verzekering onnodig aangehouden werd aangezien ze naar het buitenland was verhuisd."

Voor wat betreft de aankoopnota van de stofzuiger heeft de onderzoeker het volgende in het rapport opgenomen:

"Op 19 januari 2024 werd telefonisch contact opgenomen met de klantenservice van [naam van de winkel]. Aan de hand van neutrale factuurgegevens, te weten de datum en het aangekochte product, de Dyson stofzuiger, werd aangegeven dat er op 10 januari 2023 daadwerkelijk een Dyson stofzuiger werd besteld en geleverd. Door de medewerker van [naam van de winkel] werd, ongevraagd, aangegeven dat er na aankoop op deze verkoop is gereclameerd. De koper had bij [naam van de winkel] gemeld dat er een lege doos was geleverd. Uit eigen beweging is de medewerker van [naam van de winkel] in het dossier gaan kijken en informeerde mij dat de bestelling destijds door [naam en adres van de consument] werd geplaatst en dat [naam van de consument] ook de melding deed dat er een lege doos zou zijn ontvangen. Door de medewerker van [naam van de winkel] werd aangegeven dat uit het door henzelf ingestelde onderzoek geen bijzonderheden mbt de levering zijn gebleken en dat er geen nieuwe levering of terugbetaling van het aankoopbedrag had plaatsgevonden."

2.6 Op 19 januari 2024 heeft de onderzoeker telefonisch contact met de consument opgenomen om onder meer een afspraak te maken voor een bezoek. Op dezelfde dag heeft de consument haar assurantietussenpersoon telefonisch verzocht om de verzekering bij de verzekeraar op te zeggen. De assurantietussenpersoon heeft de consument gewezen op de mogelijkheid om de verzekering via de website van de verzekeraar op te zeggen. Op 22 januari 2024 heeft de consument online een aanvraag ingediend om de verzekering op te zeggen per 10 maart 2023.

2.7 De verzekeraar heeft de consument bij aangetekende brief van 7 mei 2024 meegedeeld dat haar schadeclaim op basis van het verrichte onderzoek is afgewezen, omdat zij de aankoop-nota van de stofzuiger heeft vervalst en tegenstrijdige en wisselende verklaringen heeft afgelegd met het doel de verzekeraar opzettelijk te misleiden om een uitkering te verkrijgen. Verder heeft de verzekeraar besloten de persoonsgegevens van de consument voor de duur van vier jaar te registreren in het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (EVR). Daarnaast heeft de verzekeraar het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit ('CBV') geïnformeerd over de registratie in het Incidentenregister. Ook vordert de verzekeraar van de consument betaling van de gemaakte onderzoekskosten van in totaal € 959,24. Dit bedrag bestaat uit de interne onderzoekskosten van € 417,00 en de kosten voor het inschakelen van een onderzoeker van € 542,24.

2.8 Naar aanleiding van het bezwaar van de consument van 5 juni 2024, heeft de verzekeraar per e-mail van 10 juni 2024 het standpunt gehandhaafd en de consument gewezen op de mogelijkheid om een klacht hierover bij de verzekeraar in te dienen. Ook het indienen van een klacht heeft niet tot het door de consument gewenste resultaat geleid; de verzekeraar heeft als reactie op de klacht bij brief van 9 augustus 2024 de genomen maatregelen gehandhaafd.

De klacht en vordering

2.9 De consument vordert dat de verzekeraar de geplaatste registraties doorhaalt, de melding aan het CBV intrekt en de onderzoekskosten, die de consument al heeft betaald, alsnog voor zijn rekening neemt.

2.10 Ter onderbouwing van haar vorderingen voert de consument aan dat zij haar verzekeringen niet eerder had opgezegd, omdat zij inkomsten in Nederland genereert en het hebben van onder andere een zorgverzekering in Nederland verplicht is. De consument heeft hierover navraag gedaan bij de assurantietussenpersoon. Op basis van de verkregen informatie heeft de consument zelf de verzekering opgezegd. Verder heeft zij de schadeclaim ingetrokken. Er was dus in feite geen zaak meer, noch een verzekering die enig onderzoek rechtvaardigde. De verzekeraar besloot het onderzoek desondanks voort te zetten. Dit moet worden gezien als een schending van haar privacy en een vorm van intimidatie.

2.11 De verzekeraar heeft de gevorderde onderzoekskosten van € 959,24 niet onderbouwd en niet nader toegelicht. De verzekeraar heeft de verplichting om transparant te zijn over de opbouw van dit bedrag. Als de verzekeraar geen gedetailleerd bewijs van de gemaakte kosten kan overleggen, heeft hij geen recht op enige vergoeding van de genoemde kosten.

Het verweer

2.12 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

Kernvraag

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister en het EVR mocht registreren voor de duur van vier jaar. Daarnaast moet de commissie beoordelen of de verzekeraar de onderzoekskosten bij de consument in rekening mocht brengen.

Het toetsingskader

3.2 Allereerst zal de commissie de vraag beantwoorden of de verzekeraar zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat de consument fraude heeft gepleegd. De verzekeraar stelt zich namelijk op het standpunt dat de consument hem bewust onjuiste informatie heeft verstrekt met het doel om een uitkering te krijgen waarop zij geen recht heeft. De verzekeraar heeft hiermee een beroep gedaan op artikel 7:941 lid 5 BW.

3.3 Op grond van artikel 7:941 BW is, kort gezegd, de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verschaffen die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (lid 2) en vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden (lid 5). De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een schade-uitkering te krijgen waarop zij geen recht heeft.

Opzet tot misleiding

3.4 Vast staat dat de consument bij de melding van de schade een factuur heeft overgelegd waarop de naam en de adresgegevens van de zus van de consument staan vermeld. Uit het onderzoek bij de winkel blijkt echter dat de factuur van de stofzuiger op naam van de consument stond en dat deze ook naar haar woonadres is verzonden. Dat de stofzuiger, zoals de consument stelt, een cadeau was voor haar zus, laat onverlet dat de gegevens op de overgelegde factuur niet overeenkomen met de gegevens die in het systeem van de winkel staan. Daarnaast blijkt uit het onderzoeksrapport dat de koper van de stofzuiger bij de winkel heeft gemeld dat slechts een lege doos is geleverd. Het is de commissie dan ook niet duidelijk of, en zo ja welke, stofzuiger zou zijn beschadigd.

3.5 Het is aan de consument om aan te tonen dat de schade conform haar lezing is ontstaan en te reageren op de bevindingen van de onderzoeker. Hiervoor wilde de onderzoeker een afspraak met de consument maken. De consument heeft echter geweigerd om de onderzoeker te spreken. Ook heeft zij de afspraak die onderzoeker met de zus van de consument heeft gemaakt, geannuleerd. In plaats van medewerking te verlenen aan het onderzoek heeft de consument haar assurantietussenpersoon meegedeeld dat zij haar schadeclaim wenste in te trekken en de verzekering wenste op te zeggen. De stelling van de consument dat zij de verzekering wilde opzeggen, omdat het aanhouden van de verzekering niet meer nodig was, vindt de commissie niet geloofwaardig. De commissie kan er dan ook niet omheen dat de handelingen van de consument, na het eerste telefonische contact met de onderzoeker, zijn gericht op het frustreren van het onderzoek.

3.6 Volgens de consument was een onderzoek niet meer nodig, omdat zij de schadeclaim had ingetrokken en de verzekering had opgezegd. Het alsnog voortzetten van het onderzoek is volgens de consument een inbreuk op haar privacy en een vorm van intimidatie. De commissie volgt het standpunt van de verzekeraar dat hij het recht heeft om claims te onderzoeken die tijdens de looptijd van de verzekering zijn ingediend.

Dat de consument de verzekeraar vervolgens kenbaar heeft gemaakt dat zij de schadeclaim wenst in te trekken en de verzekering wenst op te zeggen, betekent niet dat de verzekeraar op grond daarvan gehouden is het lopende onderzoek te staken. Aangezien de verzekeraar twijfelde over de authenticiteit van de ingediende factuur, is het in het belang van de verzekeraar en de branche om daarnaar onderzoek te verrichten en eventueel maatregelen te nemen. Daarbij maakt het niet uit of er (nog) sprake is van een klantrelatie. De verzekeraar mocht het onderzoek naar de ingediende claim dan ook voortzetten.

3.7 De commissie stelt vast dat de consument bij de schadeclaim een valse factuur heeft overgelegd. Dit in samenhang met de weigerachtige houding van de consument om medewerking te verlenen aan het onderzoek en de beslissing om na het eerste contact met de onderzoeker de schadeclaim in te trekken en de verzekering te beëindigen, leidt de commissie tot het oordeel dat vast is komen te staan dat de consument bij het indienen van de schadeclaim opzettelijk onware informatie heeft verstrekt met het doel een uitkering te krijgen waarop zij geen recht had.

Mocht de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument registreren in de externe registers?

3.8 Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij ook de persoonsgegevens van de betrokkenen worden vermeld. 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.

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

3.10 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.

3.11 Omdat deze registraties grote gevolgen kunnen hebben voor degene wiens persoons-gegevens 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).[1] De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: 'het Protocol', zie bijlage).

De registratie in het EVR

3.12 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.[2] Dit betekent dat een verdenking van fraude alleen niet genoeg is; hier moet ook enig bewijs voor zijn. Een verzekeraar moet dus goede redenen hebben de gegevens te registreren en hij moet die redenen ook voldoende kunnen onderbouwen. De commissie heeft hiervoor in 3.4 t/m 3.7 geoordeeld dat en waarom voldoende is aangetoond dat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid. Er is dus een serieuze verdenking dat de consument heeft gefraudeerd. Daarmee is die verdenking zwaarder dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld en is aan de eerste vereisten voor opname in het EVR voldaan.

3.13 De registratie moet daarnaast voldoen aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit.

3.14 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 verzekeringsfraude. Dat doel is in dit geval in de ogen 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.

3.15 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 bij de proportionaliteitstoets voor registratie zwaarder wegen dan het belang van de consument om zonder belemmeringen aan het financiële verkeer deel te kunnen nemen. In dat laatste belang wordt de consument door de registratie voor de duur van vier jaar beperkt.

3.16 De verzekeraar heeft aangevoerd dat de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR voor de duur van vier jaar proportioneel is. De verzekeraar rekent het de consument zwaar aan dat zij tegen beter weten in onjuiste informatie, namelijk een vervalste nota, heeft verstrekt en dat zij het onderzoek heeft gefrustreerd.

---

[1] 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.
[2] Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4 (te vinden op www.rechtspraak.nl).

3.17 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. De commissie overweegt op dit punt dat twee andere verzekeraars de persoonsgegevens van de consument naar aanleiding van eerdere schadeclaims al in het EVR hebben geregistreerd. De kans op herhaling kan dan ook niet worden uitgesloten. Verder overweegt de commissie dat de consument ter zitting op de vragen van de commissie over de toedracht en de inhoud van het onderzoeksrapport geen overtuigende reacties gaf; ze deelde de commissie mee dat het voorval zich geruime tijd geleden heeft voorgedaan en dat zij het allemaal niet meer zo goed weet. Deze omstandigheden brengen mee dat de commissie de verzekeraar volgt in de afweging die hij heeft gemaakt. De commissie ziet geen aanleiding om tot een kortere registratieduur dan vier jaar te oordelen.

Incidentenregistratie en melding CBV

3.18 Gelet op het bovenstaande dient ook de registratie in het Incidentenregister te worden gehandhaafd. Het EVR is gekoppeld aan het Incidentenregister (artikel 5.1.1 van het Protocol). Dit brengt mee dat zolang registratie in het EVR terecht en proportioneel is, de gegevens ook voor de duur van vier jaar in het Incidentenregister blijven staan.

3.19 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het CBV. Nu de registraties in het EVR en het Incidentenregister gehandhaafd mogen blijven, bestaat geen aanleiding om te bepalen dat de melding daarvan aan het CBV moet worden ingetrokken.

De gevorderde onderzoekskosten

3.20 De verzekeraar heeft van de consument vergoeding van de onderzoekskosten van € 959,24 gevorderd. Het gaat om de kosten van de onderzoeker (€ 542,24 incl. btw) en de intern gemaakte kosten (€ 417,00).

3.21 Het opzettelijk misleiden van de verzekeraar door de consument kan worden gekwalificeerd als een onrechtmatige daad in de zin van artikel 6:162 BW dan wel als 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.

3.22 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 en deze kosten voldoen aan de dubbele redelijkheidstoets: in redelijkheid gemaakt en redelijk in omvang. De verzekeraar moet concreet onderbouwen dat en hoe de kosten samenhangen met het onderzoek.

De kosten van het onderzoeksbureau

3.23 Voor wat betreft de kosten van het onderzoeksbureau, heeft de verzekeraar een factuur van het onderzoeksbureau met nummer [nummer factuur] overgelegd. Voor 'onderzoek en rapportage' heeft de onderzoeker een bedrag van € 543,25 excl. btw gefactureerd. Omdat de verzekeraar in de brief aan de consument van 7 mei 2024 abusievelijk het bedrag van € 542,24 heeft genoemd, heeft de verzekeraar dat zo gelaten. De commissie stelt vast dat de onderzoeker heeft geprobeerd om een afspraak te maken met de consument en haar zus om de claim te bespreken, dat hij de aankoopnota van de stofzuiger bij de winkel heeft geverifieerd en dat hij ook de eerdere claims van de consument op de verzekering heeft onderzocht. De kosten voor het onderzoek en het opstellen van het rapport komt de commissie niet onredelijk voor. De consument is dan ook gehouden deze kosten aan de verzekeraar te vergoeden.

De interne onderzoekskosten

3.24 De verzekeraar heeft het gevorderde bedrag van € 417,00 aan interne kosten onderbouwd met de enkele stelling dat dit een standaardbedrag is dat door het Verbond van Verzekeraars is vastgesteld voor alle (administratieve) werkzaamheden die de verzekeraar heeft moeten verrichten, maar ook het inschakelen en aansturen van de onderzoeker. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar de kosten niet voldoende heeft gespecificeerd. Het benoemen dat dit een standaardbedrag is, is niet voldoende. Duidelijk moet zijn dat deze werkzaamheden zijn verricht in het kader van het fraudeonderzoek, om welke werkzaamheden het gaat en wanneer en door wie deze zijn verricht, hoeveel uren aan deze specifieke werkzaamheden zijn besteed en hoe deze zijn verdisconteerd in het bedrag van € 417,00. Nu de consument deze kosten al aan de verzekeraar heeft betaald, moet de verzekeraar deze aan de consument terugbetalen.[3]

Conclusie

3.25 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren in het Incidentenregister en in het EVR. Verder mocht de verzekeraar de gemaakte kosten van het ingeschakelde onderzoeksbureau vorderen van de consument. Omdat de verzekeraar de gemaakte interne onderzoekskosten onvoldoende heeft onderbouwd, is de consument niet gehouden deze te betalen.

[3] Zie GC Kifid nr. 2022-0647 en nr. 2024-0106, te vinden op www.kifid.nl.

Dit betekent dat de verzekeraar gehouden is het ontvangen bedrag van € 417,00 te restitueren aan de consument.

4. De beslissing

De commissie verklaart de klacht deels gegrond en beslist dat de verzekeraar binnen twee weken na de datum van de uitspraak een bedrag van € 417,- aan de consument betaalt. 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 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2024, 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 klachten wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar.

c. Het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen.