Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0915

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus,
mr. dr. Ing. A.J. Verdaas, leden en mr. I.M.L. Venker secretaris)

Datum uitspraak	22 oktober 2024
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de algemene voorwaarden

Samenvatting

Reisverzekering. Registratie Gebeurtenissenadministratie. De consument heeft een beroep gedaan op zijn reisverzekering voor schade door verlies van zijn Rolex-horloge op vakantie. De verzekeraar heeft € 250,- vergoed omdat voor horloges een maximering van de dekking geldt. De consument stelt dat hij tijdens het telefoongesprek met de medewerker van de verzekeraar voor het afsluiten van de verzekering heeft gevraagd of hij zijn dure horloges kon verzekeren. De medewerker heeft dit volgens de consument bevestigd en geadviseerd om alle verzekeringen bij de verzekeraar af te sluiten. De consument heeft dit niet aangetoond en dit lag gelet op de met een telefoonnotitie onderbouwde betwisting van de verzekeraar wel op zijn weg. De verzekeraar heeft zijn zorgplicht niet geschonden en hoeft de schade van de consument niet te vergoeden. De registratie in de Gebeurtenissen-administratie is niet terecht. De afdeling Speciale Zaken heeft onderzoek gedaan naar het dossier omdat sprake was van een automatisch onderzoeksignaal. Maar de verzekeraar heeft niet kunnen uitleggen wat de aanleiding was van het onderzoek zodat niet duidelijk is geworden of sprake was van een gebeurtenis in de zin van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

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 verweerschrift van de verzekeraar en de aanvulling op het verweerschrift; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 juli 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn partner mevrouw [naam 1] en zijn dochter mevrouw [naam 2]. Namens de verzekeraar waren aanwezig mevrouw mr. [naam 3], Stafmedewerker Kwaliteit en Kifid en mevrouw mr. [naam 4], juridisch adviseur.

1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

1.4 Na de hoorzitting is de enkelvoudige commissie uitgebreid met de leden mr. dr. S.O.H. Bakkerus en mr. dr. ing. A.J. Verdaas, naar een meervoudige commissie. Partijen zijn hierover geïnformeerd.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 Op of omstreeks 11 augustus 2021 heeft de consument een horloge van het merk Rolex, model Submariner (hierna: het horloge) gekocht voor € 12.700,-.

2.2 De consument heeft op 2 juli 2022 telefonisch bij de verzekeraar onder meer een doorlopende reisverzekering afgesloten, waarvoor aanvankelijk een verzekerd bedrag van € 15.000,- gold. De consument heeft dit verzekerd bedrag later via zijn digitale polisdossier verhoogd naar € 20.000,-. Op het polisblad van 22 juni 2023 staat dat voor bagage op reis een maximaal verzekerd bedrag van € 20.000,- per gebeurtenis geldt en dat voor sommige spullen een maximaal bedrag vergoed wordt. Er is hierbij een link opgenomen naar de voorwaarden. In de voorwaarden (BDD-RV-01-222) is in artikel 6 voor horloges een maximum verzekerd bedrag opgenomen van € 250,-. De consument heeft daarnaast ook een Kostbaarheden Buitenshuis verzekering gesloten bij de verzekeraar. Volgens het polisblad geldt voor deze verzekering een verzekerd bedrag van € 3.000,-.

2.3 De consument heeft op 9 november 2023 beroep gedaan op zijn reisverzekering voor schade door verlies van het horloge. De consument is op 1 november 2023 tijdens een wandeling op vakantie in Marokko uitgegleden doordat de band van zijn slipper scheurde. Hierbij is het horloge in een ravijn gevallen.

2.4 Het schadesysteem van de verzekeraar heeft een melding gemaakt dat het dossier moest worden onderzocht door de afdeling Speciale Zaken. Het dossier is na het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken door de reguliere schadeafdeling verder in behandeling genomen. De persoonsgegevens van de consument zijn naar aanleiding hiervan opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie.

2.5 De verzekeraar heeft de consument meegedeeld dat de schade aan de slipper en de schade door het verlies van het horloge is gedekt en dat er voor het horloge een maximering van de dekking is van € 250,-. De consument is het hier niet mee eens en heeft een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.6 De consument vordert vergoeding van de schade door het verlies van het horloge en verwijdering van zijn persoonsgegevens uit de Gebeurtenissenadministratie. De consument voert daartoe het volgende aan.

2.7 De consument heeft voor het sluiten van de verzekeringen telefonisch contact met de verzekeraar opgenomen met de vraag of hij zijn kostbare horloges bij de verzekeraar kon verzekeren. De verzekeraar heeft de consument meegedeeld dat dit mogelijk is en heeft hem geadviseerd om al zijn verzekeringen bij de verzekeraar af te sluiten. De verzekeraar heeft tegen de consument niets gezegd over de maximering van de dekking voor horloges. De consument heeft vervolgens een reis- en kostbaarhedenverzekering afgesloten met een verzekerd bedrag ter hoogte van de waarde van zijn horloges op dat moment. De consument vertrouwde er dus op dat de schade door verlies van het horloge volledig zou worden vergoed. Pas na de melding van de schade werd hem duidelijk dat er voor horloges onder de reisverzekering een maximering geldt van € 250,-. Als de medewerker hem dit voor de aanvraag van de verzekering duidelijk had gemaakt, zou hij zijn verzekeringen niet bij de verzekeraar hebben ondergebracht. Het ging de consument immers om een toereikende dekking voor zijn horloges als hij in het buitenland zou zijn.

2.8 De consument zou binnen 10 werkdagen na melding van de schade bericht ontvangen van de verzekeraar. Omdat dit niet is gebeurd, heeft de consument zelf contact opgenomen. Toen bleek dat het dossier werd onderzocht door de afdeling Speciale Zaken vanwege de hoogte van de claim. Na afronding van het onderzoek heeft de verzekeraar opnieuw geen contact met de consument opgenomen. De consument begrijpt niet dat onderzoek naar de claim is gedaan vanwege de hoogte van de claim terwijl er op grond van de voorwaarden maar een bedrag van € 250,- wordt uitgekeerd. De registratie van zijn persoonsgegevens in de Gebeurtenissenadministratie is daarom onterecht.

Het verweer

2.9 De verzekeraar voert de volgende verweren.

2.10 Het staat de verzekeraar vrij om te bepalen binnen welke grenzen zij dekking wil bieden. Op grond van artikel 6 van de voorwaarden geldt een maximering van € 250,- voor de schade door verlies van het horloge. Op het polisblad is duidelijk vermeld dat er voor sommige spullen een maximaal bedrag wordt vergoed, met een hyperlink naar artikel 6 van de voorwaarden.

2.11 Uit het systeem blijkt niet dat er een (onjuiste) toezegging is gedaan over de dekking onder de reisverzekering. Er is alleen een telefoonnotitie beschikbaar maar hieruit blijkt niet dat er een toezegging is gedaan. De verzekeraar is een Direct Writer en werkt op basis van execution only. De verzekeraar informeert zijn (aspirant)verzekeringnemer zo uitgebreid mogelijk over de kenmerken van de verzekering bij het aangaan of wijzigen van de verzekering aan de hand van de verzekeringsvraag van de (aspirant)verzekeringnemer.

De verzekeraar legt de klant meerdere keuzes voor en de klant bepaalt zelf welke keuze het beste bij hem past. De verzekeraar stuurt het polisblad jaarlijks ruim voor de verlengingsdatum zodat de klant de tijd heeft om te beoordelen of het nieuwe aanbod nog bij hem past.

2.12 Het staat de verzekeraar vrij om een claim te onderzoeken, ook wanneer een maximering van de dekking geldt. In dit dossier was sprake van een automatisch onderzoeksignaal. Het verslag van het onderzoek dat de afdeling Speciale Zaken heeft gedaan is in de Gebeurtenissenadministratie opgenomen. In dit register worden gegevens bijgehouden die van belang (kunnen) zijn voor de kwaliteit, veiligheid en integriteit van de verzekeraar en de branche.

2.13 De persoonsgegevens van de consument zijn, op grond van artikel 4.5.3 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens juni 2018 (hierna: de GVPV) in samenhang met artikel 19 van de Algemene voorwaarden (DLP-AV-01-221), opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. De consument ondervindt geen hinder van deze registratie. Om die reden is geen sprake van een proportionaliteitsafweging ten aanzien van de duur van deze registratie. De gegevens zijn voor de standaardtermijn van acht jaar opgenomen. De Gebeurtenissenadministratie betreft het geheugen van de organisatie en de consument is hierover in de Algemene voorwaarden en het Privacy statement geïnformeerd.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 De commissie moet in dit dossier twee vragen beantwoorden. De eerste vraag is of de verzekeraar voor het afsluiten van de verzekering is tekortgeschoten in zijn zorgplicht door de consument niet te wijzen op de beperkte dekking voor horloges in het buitenland. De tweede vraag is of de verzekeraar de gegevens van de consument mocht registreren in de Gebeurtenissenadministratie.

De zorgplicht van de verzekeraar

3.2 Voorop staat dat schade door verlies van het horloge van de consument in het buitenland bij de verzekeraar niet volledig is verzekerd en ook niet volledig kan worden verzekerd. Zo kent de reisverzekering een maximale dekking van € 250,- per gebeurtenis.

3.3 De consument stelt dat hij tijdens het telefoongesprek met de medewerker van de verzekeraar voor het afsluiten van de verzekeringen heeft gevraagd of hij zijn dure horloges kon verzekeren. De medewerker heeft dit volgens de consument bevestigd en geadviseerd om alle verzekeringen bij de verzekeraar af te sluiten. De consument stelt dat hij daarom een kostbaarhedenverzekering heeft afgesloten tot € 20.000, de waarde van zijn horloges.

3.4 De verzekeraar betwist de stellingen van de consument.

De consument heeft tijdens het telefoongesprek een kostbaarhedenverzekering met een gemaximeerd verzekerd bedrag van € 3.000,- en een reisverzekering met een gemaximeerd verzekerd bedrag van € 15.000,- afgesloten. Later heeft de consument dit bedrag online verhoogd naar € 20.000,-. Volgens de verzekeraar heeft hij tijdens het telefoongesprek voor het afsluiten van de verzekeringen niet (onjuist) toegezegd dat geen dekkingsbeperking zou gelden voor de reisverzekering. De verzekeraar stelt dat hij in het algemeen aan de hand van de vragen van de klant de opties voor geschikte verzekeringen met een klant bespreekt, maar niet adviseert welke verzekeringen het meest geschikt zijn. De verzekeraar heeft zijn verweer nader onderbouwd met een telefoonnotitie van het bewuste telefoongesprek. Daarin staat niets vermeld over een vraag van de consument over het verzekeren van dure horloges en informatie van de verzekeraar over de omvang van de dekking van de reisverzekering.

3.5 Gelet op de gemotiveerde en met de telefoonnotitie onderbouwde betwisting van de verzekeraar ligt het op de weg van de consument om aan te tonen dat de verzekeraar tijdens het telefoongesprek heeft gezegd dat zijn horloges konden worden verzekerd, in die zin dat bij verlies van het horloge op reis de verzekeraar de volledige schade van de consument zou vergoeden, tot maximaal het verzekerde bedrag. Naar het oordeel van de commissie is de consument hierin niet geslaagd. Hij heeft een factuur van het horloge overgelegd en gesteld dat hij de kostbaarhedenverzekering en de reisverzekering wilde afsluiten vanwege zijn dure horloges en dat hij dit ook zo tegen de verzekeraar heeft gezegd. Maar dit levert geen voldoende bewijs op dat de verzekeraar tijdens het telefoongesprek daadwerkelijk heeft gezegd of bij de consument het vertrouwen heeft gewekt dat bij verlies van het horloge op reis de verzekeraar de volledige schade van de consument, tot het maximale dekkingsbedrag, zou vergoeden.

3.6 Het bovenstaande brengt mee dat de verzekeraar zijn zorgplicht jegens de consument niet heeft geschonden door onjuiste informatie over de dekking van de reisverzekering te geven en evenmin het vertrouwen van de consument heeft gewekt dat het verlies van het horloge gedekt was tot het dekkingsbedrag van € 20.000,-. De verzekeraar hoeft de schade van de consument, bestaande uit de waarde van het horloge, daarom niet te vergoeden.

De registratie in de Gebeurtenissenadministratie

3.7 Naar aanleiding van de claim van de consument is door de afdeling Speciale Zaken onderzoek gedaan. Uit dit onderzoek zijn geen bijzonderheden gebleken. Het dossier van de afdeling Speciale Zaken is opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. De consument is het hier niet mee eens en vindt dat zijn persoonsgegevens uit de Gebeurtenissen-administratie moeten worden verwijderd.

3.8 De Gebeurtenissenadministratie is een register van (persoons)gegevens die daarin zijn verwerkt omdat een voorval dat de aandacht verlangt van een verzekeraar een mogelijk effect heeft op de veiligheid en integriteit van de financiële instelling (artikel 10 Gedrags-code Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars, verder 'GVPV').

Op grond van artikel 4.5.3 GVPV kunnen persoonsgegevens die betrekking hebben op gebeurtenissen die aandacht behoeven van de financiële instelling, worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie ten behoeve van het waarborgen van de veiligheid en integriteit. De Gebeurtenissenadministratie wordt beheerd en is - uitsluitend - in te zien door de afdeling Veiligheidszaken van de betrokken financiële instelling.

3.9 De verzekeraar heeft uitgelegd dat in dit dossier onderzoek is gedaan door de afdeling Speciale Zaken omdat het systeem een automatisch onderzoeksignaal had afgegeven. Het verslag van het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken is opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken is volgens het verweer van de verzekeraar aan te merken als een gebeurtenis.

3.10 Voor opname in de Gebeurtenissenadministratie is vereist dat sprake is van een gebeurtenis. Een gebeurtenis is een voorval dat de aandacht verlangt van de verzekeraar vanwege een mogelijk effect op de veiligheid en integriteit van de bedrijfsvoering, werknemers, klanten, overige relaties en de verzekeringsbranche (artikel 10 GVPV). De verzekeraar heeft niet duidelijk gemaakt wat in dit dossier het voorval is dat aandacht behoeft. De omstandigheid dat de afdeling Speciale Zaken onderzoek heeft gedaan is niet als zodanig aan te merken. Dit geldt ook voor de omstandigheid dat het systeem een signaal afgeeft dat het dossier moet worden onderzocht. De verzekeraar heeft namelijk niet kunnen uitleggen op basis van welke factoren in het dossier door het systeem een signaal is afgegeven. De aanleiding van het onderzoek is dus niet duidelijk geworden. Het verweer van de verzekeraar wekt de suggestie dat het systeem bepaalt wanneer onderzoek moet worden gedaan waarbij de verzekeraar achteraf niet kan verklaren wat de aanleiding of reden voor dat onderzoek was. De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie niet onderbouwd wat de gebeurtenis was die aandacht behoeft en waarom er een aanleiding was voor onderzoek door de afdeling Speciale Zaken. Dit betekent dat de verzekeraar niet heeft onderbouwd waarom is voldaan aan de vereisten voor opname van gegevens in de Gebeurtenissenadministratie.

3.11 Het argument dat in de voorwaarden en in het Privacystatement is vermeld dat de verzekeraar onderzoek kan doen, is onvoldoende. Daaruit volgt immers nog steeds niet wanneer in een concreet dossier sprake is van een gebeurtenis in de zin van de GVPV en waarom de opname in dit concrete geval gerechtvaardigd is. Het bovenstaande brengt mee dat de grondslag voor de registratie ontbreekt. De verzekeraar moet de persoonsgegevens van de consument verwijderen uit de Gebeurtenissenadministratie.

4. De beslissing

De commissie beslist dat:

- de verzekeraar, binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd, de persoonsgegevens van de consument met betrekking tot het in dit dossier bedoelde onderzoek van de afdeling Speciale Zaken verwijdert uit de Gebeurtenissenadministratie.

- de vordering van de consument voor het overige wordt afgewezen.

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 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving en de algemene voorwaarden

Voorwaarden Doorlopende reisverzekering (BDD-RV-01-222)

2. Bagage op reis (BDD-RV-01-222)

Verzekerd

6. Hoeveel betalen wij maximaal?

Op uw polisblad staat het bedrag wat we maximaal betalen per gebeurtenis per verzekerde persoon. Wat wij maximaal betalen voor de verschillende soorten bagage, staat hieronder.

Voor welke categorie?	Wat betalen we maximaal per categorie per gebeurtenis per verzekerde persoon die schade heeft?
Horloges (...).	€ 250,-

Algemene voorwaarden (DLP-AV-01-221)

Privacy

19 Waarvoor gebruiken wij uw gegeven

Om overeenkomsten met u aan te gaan en uit te voeren.
Om u producten en diensten te leveren.
Om producten en diensten te verbeteren.
Om risico's in te schatten en premies te berekenen.
Om onderzoek te doen naar uw kenmerken en voorkeuren.
- Zoals statistisch of marktonderzoek.
  - Bijvoorbeeld om u op het juiste moment een persoonlijk aanbod te kunnen doen.

Om wetenschappelijk onderzoek te doen.
Om te zorgen dat de financiële sector veilig en betrouwbaar blijft.
Om fraude tegen te gaan.
- Ook gegevens over uw die we op internet vinden.

Om ons aan de wet te houden.
Om u informatie te geven over onze andere producten en diensten.
Om bij te houden hoe en wanneer wij contact met u hebben. Bijvoorbeeld:
- Om de communicatie te verbeteren.
- Om de medewerkers te coachen en te trainen.
- Om te achterhalen wat wij met u afgesproken hebben.

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.

5. Bijzondere persoonsgegevens
(...)
5.2 Strafrechtelijke gegevens

5.2.1 De Verzekeraar verwerkt alleen Strafrechtelijke gegevens als:
(a) de Betrokkene uitdrukkelijke toestemming heeft verleend; of
(b) deze noodzakelijk zijn voor de beoordeling en acceptatie van een Betrokkene als Verzekerde en het uitvoeren van een verzekering. De Verzekeraar kan de Betrokkene vragen naar het bestaan van strafrechtelijke feiten en een strafrechtelijk verleden van de aanstaande Verzekerde en meeverzekerden (waaronder bestuurders en aandeelhouders van rechtspersonen); of

(c) ter waarborging van de veiligheid en integriteit van de sector in overeenstemming met artikel 4.5 van de Gedragscode; of
(d) de Verwerking betrekking heeft op Strafrechtelijke gegevens die de Betrokkene kennelijk zelf heeft geopenbaard; of
(e) dit noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang en de Verzekeraar passende waarborgen treft ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Betrokkene; of
(f) de Autoriteit Persoonsgegevens een vergunning heeft verleend voor de Verwerking; of
(g) dit noodzakelijk is voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden, in overeenstemming met artikel 4.3.3. van de Gedragscode; of
(h) dit noodzakelijk is voor de vaststelling, uitoefening of de verdediging van de belangen van de Verzekeraar bij geschillenbeslechting; of
(i) naleving van wet- en regelgeving dit vereist.
(...)
5.2.3 Verzekeraars kunnen strafrechtelijke gegevens uitsluitend verstrekken aan medewerkers van Groepsmaatschappijen indien toegang tot deze gegevens noodzakelijk is voor de uitoefening van hun functie of om de gegevens vervolgens te verstrekken aan opsporingsdiensten. Deze verstrekking binnen Groepsmaatschappijen is beperkt tot:
(a) persoonsgegevens die betrekking hebben op strafbare feiten die zijn, of op grond van feiten en omstandigheden naar verwachting worden, begaan tegen de Groep; of
(b) persoonsgegevens die onrechtmatig gedrag tegen de Groep kunnen bewijzen.

10. Definities

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

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

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.