# Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2026-0881

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. drs. E.G. van der Jagt, mr. A.J.J. le Poole, leden en mr. I.C. van Gent, secretaris)

| | |
|---|---|
| Datum uitspraak | 4 september 2026 |
| 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 | Bindend advies |
| Uitkomst | Vorderingen afgewezen |
| Bijlage | Uitleg over de registers waarin de persoonsgegevens van de consument zijn opgenomen, relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaring en wet- en regelgeving |

## 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; 4) de aanvullende stukken van de verzekeraar na de hoorzitting en 5) de reactie daarop van de consument.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door gemachtigde de heer [naam 1].

1.3 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 21 mei 2026. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger de heer [naam 1], gemachtigde Bedrijfsadministrateur. Namens de verzekeraar waren aanwezig: de heer [naam 2], jurist, mevrouw mr. [naam 3], medisch adviseur en mevrouw [naam 4], klachtenbehandelaar.

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

## 2. De kern

De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend wegens arbeidsongeschiktheid door knieklachten. De verzekeraar heeft de claim afgewezen, een clausule op de polis geplaatst en de persoonsgegevens van de consument in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (IVR) geregistreerd, omdat volgens hem de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De consument betwist dit en vordert alsnog een uitkering, herziening van de getroffen maatregelen en verwijdering dan wel een verkorting van de registraties in de interne registers.

De commissie oordeelt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door eerdere knieklachten niet te melden in de gezondheidsverklaring ten tijde van het afsluiten van de verzekering. De verzekeraar mocht daarom de claim afwijzen en de getroffen maatregelen nemen. Wel dient de omschrijving van de gebeurtenis te worden aangepast, waaraan de verzekeraar na de hoorzitting heeft voldaan. De klacht is ongegrond en de vorderingen worden afgewezen.

## 3. De beoordeling

*Voldaan aan vereisten schending van de precontractuele mededelingsplicht*[1]

3.1 Voor of bij het sluiten van de verzekering moet de consument feiten melden die hij kent of hoort te kennen en die relevant zijn voor de verzekeraar om te beslissen of hij wel of niet een verzekering wil sluiten en tegen welke voorwaarden. Dat deze feiten van belang zijn voor de verzekeraar, moet voldoende kenbaar zijn voor de consument. De verzekeraar kan zich niet beroepen op het niet mededelen van feiten die hij al kende of behoorde te kennen, tenzij een consument een daarop gerichte vraag van de verzekeraar onjuist of onvolledig beantwoordt.

3.2 Uit het medisch dossier blijkt dat de consument tussen 2009 en 2016 herhaaldelijk klachten had aan zowel de linker- als de rechterknie, waarvoor hij medicatie ontving en werd behandeld door onder meer de huisarts, een fysiotherapeut en een orthopedisch chirurg.[2] De verzekeraar heeft in de gezondheidsverklaring gevraagd of de consument klachten heeft gehad van het bewegingsapparaat, waaronder knieklachten. Hierbij is opgemerkt dat de consument 'ja' dient aan te kruisen als hij (daarover) contact heeft gehad met een huisarts, een medisch specialist of een fysiotherapeut. Verder is opgemerkt dat alles vermeld moet worden vanaf de geboorte, ook als de consument denkt dat de informatie minder belangrijk is.[3] [4] Onder deze omstandigheden had de consument zijn eerdere knieklachten en de bezoeken aan de huisarts, fysiotherapeut en orthopedisch chirurg moeten melden. Dit heeft hij niet gedaan.

3.3 Dat de consument ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaring op 24 april 2023 al jarenlang geen klachten meer had, betekent niet dat hij de knieklachten niet hoefde te melden. De mededelingsplicht die is opgenomen in de gezondheidsverklaring[5] ziet niet uitsluitend op actuele klachten, maar ook op eerdere klachten en medische omstandigheden waarnaar de verzekeraar uitdrukkelijk vraagt.

---

[1] Deze vereisten zijn neergelegd in artikel 7:928 lid 1 en 4 BW.
[2] Dit zijn feiten die de consument kende of behoorde te kennen (kennisvereiste).
[3] De belangrijkste onderdelen uit gezondheidsverklaring zijn opgenomen in de bijlage.
[4] Het was daarmee kenbaar dat deze feiten voor de verzekeraar van belang waren en relevant voor de acceptatiebeslissing. De verzekeraar heeft een gerichte vraag gesteld naar de knieklachten en bezoeken aan de huisarts, fysiotherapeut en medisch specialist. De verzekeraar heeft hiermee voldoende gedaan om ervoor te zorgen dat hij de informatie ontving die nodig was voor de acceptatiebeslissing.
[5] De relevante passages in het aanvraagformulier en de gezondheidsverklaring zijn opgenomen in de bijlage.

Het is daarbij niet aan de consument om zelf te beoordelen of bepaalde informatie voor de verzekeraar relevant is voor het accepteren van de verzekering. Die beoordeling is voorbehouden aan de verzekeraar.

3.4 De commissie overweegt verder dat het op de weg van de consument ligt om ervoor te zorgen dat hij antwoord kan geven op de door de verzekeraar gestelde vragen in de vragenlijst. Indien hij een vraag niet begrijpt of twijfelt over de betekenis daarvan, dan dient hij nadere uitleg te vragen of zich te laten bijstaan bij het invullen van de aanvraag. De consument heeft tijdens de zitting verklaard dat hij de Nederlandse taal niet goed beheerst en hij zich in het verleden bij verzekeringsaanvragen liet bijstaan door een adviseur maar dat nu niet had gedaan. Dit komt voor zijn risico.

3.5 De commissie volgt de consument niet in zijn standpunt dat de gezondheidsverklaring een meldtermijn van vijf jaar kent. Uit de inhoud van de gezondheidsverklaring blijkt namelijk dat de termijn van vijf jaar uitsluitend geldt voor de afsluitende vraag. Voor de overige, specifiek geformuleerde medische vragen is aangegeven dat alles vanaf de geboorte vermeld moet worden.

*Bij kennis van de ware stand van zaken geen dekking voor knieklachten*

3.6 De verzekeraar heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij een uitsluitingsclausule had opgenomen voor knieklachten, als de consument de knieklachten in de gezondheidsverklaring bij de aanvraag van de verzekering had vermeld. Ook heeft de verzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat dit beleid overeenstemt met dat van een redelijk handelend verzekeraar.[6]

3.7 De verzekeraar heeft zijn standpunt onderbouwd met een medisch advies van 23 februari 2025, een bevestiging daarvan door een tweede medisch adviseur en een nadien ingewonnen onafhankelijk medisch advies van een extern medisch adviseur. Uit deze adviezen volgt dat de verzekering bij kennis van de ware stand van zaken uitsluitend zou zijn geaccepteerd met een uitsluitingsclausule voor knieklachten. Daarbij is meegewogen dat de consument werkzaam is als stukadoor. Deze werkzaamheden brengen een aanzienlijke fysieke belasting met zich mee en gaan daardoor gepaard met een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid.

*Geen uitkering verschuldigd en betaalde uitkeringen mogen worden teruggevorderd door de verzekeraar*

3.8 De consument heeft geen recht op uitkering onder de verzekering voor zijn knieklachtenclaim, omdat deze klachten zouden zijn uitgesloten van dekking bij de ware stand van zaken[7].

[6] Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.
[7] Dit volgt uit artikel 7:930 lid 1 jo lid 3 BW.

De verzekeraar mag daarom het door hem al uitgekeerde bedrag van € 2.191,84 voor de claim van de consument op grond van onverschuldigde betaling terugvorderen.[8]

*De registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR is terecht*

3.9 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR voor de duur van acht jaar. De commissie oordeelt dat de registratie en de duur van de registratie gerechtvaardigd is. Zij kan daarom gehandhaafd blijven. Voor de werking van de registers en de betekenis van de verschillende uitdrukkingen verwijst de commissie naar de bijlage.

3.10 De Gebeurtenissenadministratie wordt beheerd door de Afdeling Veiligheidszaken van de verzekeraar en is uitsluitend door hen in te zien. De registratie in het IVR betreft een interne melding, waardoor de medewerkers opmerkzaam worden gemaakt dat de consument betrokken is geweest bij een 'gebeurtenis'. De verzekeraar heeft geen lichter middel om de eigen organisatie te waarschuwen. De verzekeraar heeft een zorgvuldige afweging gemaakt bij de registraties en de duur daarvan voordat hij de persoonsgegevens van de consument heeft geregistreerd. Daarbij speelt overeenkomstig de gedragscode het gewicht van de gebeurtenis een belangrijke rol. De proportionaliteit van deze registratie vloeit voort uit de aard van de gebeurtenis en het feit dat het een interne registratie betreft. De commissie is van oordeel dat de schending van de mededelingsplicht een gebeurtenis is die de aandacht van de verzekeraar verlangt en die (mogelijk) een risico vormt voor de veiligheid en integriteit van de verzekeraar. Daarmee is voldoende grondslag voor een opname van de persoonsgegevens in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. De registraties zijn zuiver intern en de gevolgen zijn beperkt.

*De verzekeraar moet de omschrijving van de gebeurtenis aanpassen*

3.11 Bij de vastgestelde schending van de mededelingsplicht en de daaropvolgende beëindiging van de arbeidsongeschiktheidsverzekering was aanvankelijk de omschrijving "Vermoeden van fraude (C003)" geregistreerd. Volgens de verzekeraar bestond binnen het registratiesysteem geen afzonderlijke code voor uitsluitend een schending van de mededelingsplicht.

3.12 De commissie heeft aangegeven moeite te hebben met deze omschrijving, nu de consument daardoor gedurende acht jaar binnen het concern als vermoedelijke fraudeur geregistreerd stond. Tijdens de mondelinge behandeling is aan de consument voorgehouden dat de registratieomschrijving zou kunnen worden aangepast.

[8] Artikel 6:203 lid 1 jo lid 2 BW.

De consument heeft daarop verklaard geen bezwaar te hebben tegen handhaving van de registratie indien de omschrijving zou worden gewijzigd, waarbij hij nog zou laten weten of in dat geval een uitspraak van de commissie nodig was. Naar aanleiding daarvan is de registratie na de zitting gewijzigd van “Vermoeden van fraude (C003)” naar “Royement mededelingsplicht (C003)”.

3.13 Na de wijziging stelt de consument zich op het standpunt dat niet kan worden volstaan met een louter administratieve aanpassing van de registratieomschrijving, omdat hij gedurende enige tijd geconfronteerd is geweest met een registratie die volgens hem een fraudekwalificatie inhield. Dat standpunt volgt de commissie niet. De betreffende registratie betrof uitsluitend een interne melding en geen frauderegistratie. De verzekeraar heeft bovendien nimmer gesteld dat sprake was van opzettelijk onjuist handelen of frauduleus gedrag van de consument. Het inhoudelijke standpunt ten aanzien van de registratie is dan ook ongewijzigd gebleven, uitsluitend de omschrijving van de geregistreerde gebeurtenis is aangepast om deze beter in overeenstemming te brengen met de feitelijke grondslag van de registratie.

## 4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen van de consument af. Wel moest de omschrijving van de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR worden aangepast, wat de verzekeraar inmiddels heeft gedaan.

*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/. 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/ik-heb-een-klacht/hoe-werkt-het/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 van de geschillencommissie te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen/.*

## Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

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

## Bijlage – Uitleg over de registers waarin de persoonsgegevens van de consument zijn opgenomen

**De Gebeurtenissenadministratie en het IVR (Intern Verwijzingsregister)**

De Gebeurtenissenadministratie en het IVR vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waarvan de verzekeraar deel uitmaakt. De Gebeurtenissenadministratie wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van de betrokken verzekeraar. Alleen medewerkers van die afdeling kunnen de Gebeurtenissenadministratie inzien.

Doet zich een 'gebeurtenis' voor die mogelijk effect heeft op de veiligheid en/of de integriteit van de financiële sector, dan omschrijft de verzekeraar de gebeurtenis in de Gebeurtenissenadministratie. De persoonsgegevens van de consument die betrokken is bij de gebeurtenis, worden daarbij ook opgenomen.

Wanneer een consument een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar of de groep waartoe de verzekeraar behoort, mag de verzekeraar diens persoonsgegevens opnemen in het IVR. De eigen organisatie ziet dan dat die persoon was betrokken bij een 'gebeurtenis'.

Het doel van een registratie in deze registers is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.[9] De gevolgen van de vermelding in deze registers zijn beperkt, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de verzekeraar.

De vereisten voor registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR zijn opgenomen in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. De relevante bepalingen uit deze gedragscode zijn hieronder opgenomen.

**Subsidiariteit**

Bij subsidiariteit gaat het om het uitgangspunt dat er geen lichter middel mag zijn om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is de eigen organisatie er opmerkzaam te maken dat er wat met de consument aan de hand is.

[9] Artikel 4.5.3 GVPV.

**Proportionaliteit**

Bij proportionaliteit gaat het om de afweging van de belangen over en weer. Het belang van (medewerkers van) de verzekeraar om opmerkzaam te worden gemaakt op het (fraude gerelateerde) gedrag van de consument moet bij de proportionaliteitstoets voor registratie zwaarder wegen dan het belang van de consument om zonder belemmeringen bij de verzekeraar een nieuwe verzekering te sluiten.

**Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2024**

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

**3. Beginselen**
**3.1 Algemeen**
3.1.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens 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 Verwerking 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 bronnen van Persoonsgegevens in een privacybeleid.

**4. Doeleinden**
**4.1 Algemeen**
Verzekeraars beschrijven de doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens in hun privacybeleid. Artikel 4 werkt veelvoorkomende doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens door Verzekeraars nader uit.
(...)
**4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening**
4.5.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens om de integriteit en veiligheid van (de dienstverlening van) de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en van de verzekeringsbranche te waarborgen. Zij treffen daartoe maatregelen, waaronder het (laten) uitvoeren van een interne audit en het inrichten van een Incidentenregister en eventuele deelname aan andere waarschuwingssystemen.

4.5.2 Een audit richt zich op het handelen van Verzekeraars of ingeschakelde Derden. De Verzekeraars treffen passende waarborgen ter bescherming van Persoonsgegevens van de Betrokkene gedurende het onderzoek van de Verzekeraar of ingeschakelde Derden. Een auditverslag bevat geen Persoonsgegevens.
4.5.3 Verzekeraars houden een Gebeurtenissenadministratie bij ter waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Verzekeraars informeren Betrokkenen over het bestaan en de mogelijkheid tot Verwerking van Persoonsgegevens in dit verband. De afdeling Veiligheidszaken of een andere daartoe aangewezen afdeling bij een Verzekeraar kan besluiten de Persoonsgegevens uit de Gebeurtenissenadministratie op te nemen in een Intern Verwijzingsregister (IVR). 8/11 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.
(...)

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

**Persoonsgegevens** is alle informatie over een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon (de Betrokkene); als identificeerbaar wordt beschouwd een natuurlijke persoon die direct of indirect kan worden geïdentificeerd, met name aan de hand van een identificator zoals een naam, een identificatienummer, locatiegegevens, een online identificator of een of meer elementen die kenmerkend zijn voor de fysieke, fysiologische , genetische, psychische, economische, culturele of sociale identiteit van die natuurlijke persoon;

**Verwerking** is een bewerking of een geheel van bewerkingen met betrekking tot Persoonsgegevens, al dan niet uitgevoerd via geautomatiseerde procedés, zoals het verzamelen, vastleggen, ordenen, structureren, opslaan, bijwerken of wijzigen, opvragen, raadplegen, gebruiken, verstrekken door middel van doorzending, verspreiden of op een andere wijze ter beschikking stellen, aligneren of combineren, afschermen, wissen of vernietigen van gegevens.

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 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 een 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 laats 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 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.

## Bijlage - Relevante bepalingen uit de gezondheidsverklaring en wet- en regelgeving

**Gezondheidsverklaring**

De gezondheidsverklaring is een belangrijke stap in de aanvraag van uw AOV-verzekering individueel. Lees daarom onderstaande eerst door. Dan bent u goed voorbereid als u de gezondheidsverklaring invult.
(...)

**Het is belangrijk dat u alle gezondheidsklachten invult**
Het heeft gevolgen als we vaststellen dat u ons niet alle informatie over uw gezondheid heeft gegeven en wij u met die informatie niet of niet op een andere manier verzekerd hadden. In dat geval kunnen wij de verzekering en een eventuele uitkering stoppen of aanpassen.
(...)

Waarom beoordeelt Centraal Beheer uw gezondheid? Met de gezondheidsverklaring en soms ook aanvullende medische informatie krijgen we een beeld van uw gezondheid. Wij proberen te bepalen hoe groot de kans is dat u arbeidsongeschikt wordt. De premie voor deze verzekering is gebaseerd op de gemiddelde kans dat onze klanten arbeidsongeschikt worden, is uw kans op arbeidsongeschiktheid groter dan gemiddeld? Dan heeft dat gevolgen voor uw premie of de manier waarop we u verzekeren.
(...)

**Wat moet u melden?**
Heeft u gezondheidsklachten of heeft u deze gehad? Of heeft u zich eerder ziek gemeld? Dan moet u dit zo volledig mogelijk invullen op de gezondheidsverklaring. Ook als u denkt dat het minder belangrijk is, of als uw arts geen afwijking zag of geen behandeling nodig vond. Twijfelt u of weet u iets niet zeker, dan kunt u dit aan het eind van elke bijdrage invullen bij aanvullende opmerkingen.

Klikt u in ieder geval op 'ja' als u:

- *een huisarts, medisch specialist of andere hulpverlener sprak of daarmee schriftelijk contact had. Bijvoorbeeld voor een consult, controle, behandeling, huisbezoek of doorverwijzing*;
- opgenomen bent (geweest) in een ziekenhuis, psychiatrische inrichting of een andere instelling;
- bent geopereerd;
- medicijnen gebruikt of heeft gebruikt;
- nog onder controle of een andere behandeling staat, of wanneer u een eerste afspraak heeft in de toekomst.

(...)

Geef zo goed en volledig mogelijk antwoord op de vragen in de gezondheidsverklaring: Heeft u een aandoening, ziekte of gebrek of gezondheidsklachten (gehad)? Dan moet u dat altijd melden. Dat is uw 'mededelingsplicht'. Dit betekent dat u alles moet melden vanaf uw geboorte. Ook als u denkt dat de informatie minder belangrijk is.

**Uw gezondheidstoestand tot en met heden**
**Wat is een klacht?**
Lichamelijk of geestelijk ongemak of pijn noemen we een klacht. Bij een klacht is niet altijd duidelijk waardoor deze veroorzaakt wordt. Een voorbeeld van een klacht is rugpijn.

**Wat is een ziekte?**
Ook een ziekte is een aandoening. Bij ziekte denken we dikwijls aan een lichamelijke afwijking, maar ook een geestelijke afwijking wordt een ziekte genoemd. Door een ziekte kan iemand beperkt zijn of worden in zijn of haar functioneren. Of eerder overlijden. Een voorbeeld van een ziekte is suikerziekte.

**Wat is een aandoening?**
Een aandoening is een afwijking van de gezonde lichamelijke of geestelijke toestand. Een voorbeeld van een aandoening is een gebroken been.
(...)

**Wat moet u melden**:
In deze rubriek moet u aangeven of u één of meerdere van de in de vragen genoemde klachten, ziekten of aandoeningen hebt gehad of nog heeft. U moet alles melden sinds uw geboorte!

Let op! Kruis ook "ja" aan als u:
- bij een huisarts, hulpverlener, alternatief zorgverlener of medisch specialist bent geweest of hiermee contact hebt gehad.
- was opgenomen in een ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere instelling.
- medicijnen gebruikt of heeft gebruikt.
- onder controle staat of onder behandeling bent of wanneer u een eerste afspraak heeft in de toekomst.
- Het is belangrijk dat u deze vraag juist en volledig beantwoordt. Twijfelt u of weet u iets niet zeker, geef dit dan aan!

(...)

**Bewegingsapparaat, letsels**

**3.7a Heeft u een klacht (gehad) als gevolg van een ongeval, (sport)blessure of incident? Of heeft u één of meerdere letsels gehad?**

*Denk hierbij aan een botbreuk, verstuiking, kneuzing of ontwrichting (bijvoorbeeld een gescheurde kruisband). Let op, het gaat hier alleen om letsels van het bewegingsapparaat*

(...)

**3.7b Heeft u een klacht, ziekte of aandoening (gehad) niet als gevolg van een ongeval, (sport)blessure of incident?**

*Denk hierbij aan aandoeningen, ziekten of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder rug, nek, schouder, elleboog, pols, vinger, heup, knie, enkel, tenen), reuma (acuut of chronisch), KANS (dit heette voorheen RSI), bekkenstabiliteit of fibromyalgie.*

**Controlevragen**

**U krijgt nu een aantal vragen die u helpen met he herinneren van klachten, aandoeningen of ziekten sinds de geboorte.**

Deze vragen krijgt u om er zeker van te zijn dat u de gezondheidsverklaring compleet heeft ingevuld.

**Beantwoordt u één of meerdere van de vragen met ja? Vink dan onderaan de tweede keuze aan**

U meldt daar de klacht , aandoening of ziekte alsnog. Dit doet u alleen als u deze nog niet in de gezondheidsverklaring heeft ingevuld.

- Gebruikt u door een arts (ook psychiater) voorgeschreven medicijnen of heeft u deze ooit gebruikt? Het gaat hier alleen om medicatie die is voorgeschreven door een arts (ook psychiater) en waarvoor een recept is geschreven.
- Bent u ooit door één van de volgende zorgverleners behandeld?
  - Een medisch specialist (bijvoorbeeld een internist, neuroloog of (orthopedisch) chirurg)
  - Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ)
  - Psycholoog
  - Psychiater
  - Psychotherapeut
- Bent u ooit opgenomen geweest? (bijvoorbeeld in een ziekenhuis of verslavingskliniek)
- Bent u ooit geopereerd?
- Hebt u in de afgelopen 5 jaar:
  - Een huisarts bezocht, gebeld of op een andere manier contact gehad?
  - Een medisch onderzoek gehad met apparatuur, bijvoorbeeld CT-scan, MRI-scan, ECG, röntgenfoto, echo?
  - Een fysiotherapeut, manueel therapeut, chiropractor of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopaat of acupuncturist) bezocht, gebeld of op een andere manier contact gehad?
  - Een bloedonderzoek gehad?

**Verklaring klant**

**Het is belangrijk dat u alle gezondheidsklachten juist en volledig heeft ingevuld**

Het heeft gevolgen als we vaststellen dat u ons niet alle informatie over uw gezondheid heeft gegeven en wij u met die informatie niet op een andere manier verzekerd hadden. In dat geval kunnen wij de verzekering en een eventuele uitkering stoppen of aanpassen. Klik op 'gegevens wijzigen' als u nog aanpassingen wilt doen in de gezondheidsverklaring.

(...)

**Nog 3 stappen en u bent klaar!**

- U verklaart dat u alle vragen eerlijk en volledig hebt beantwoord.
- U ondertekent de gezondheidsverklaring met de knop 'ondertekenen'.
- U verstuurt de gezondheidsverklaring met de knop 'versturen'.

(...)

**Burgerlijk Wetboek**

**Artikel 6:203 Onverschuldigde betaling**
1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.

**Artikel 7:928 Mededelingsplicht**
1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
(...)

**Artikel 7:929 Niet-nakoming van de mededelingsplicht**
1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
(...)

**Artikel 7:930 Recht op uitkering bij niet-nakoming mededelingsplicht**
1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
(...)
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
(...)