

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0042  
(mr. E.C. Ruinaard, voorzitter, mr. R.J. Verschoof, drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts,  
leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 20 december 2019
Ingediend door	: De consument
Tegen	: De Amersfoortse Verzekeringen, gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 20 januari 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	: Herbeoordelingsformulier; Relevante artikelen uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013; Relevante artikelen uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018

## **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat sprake is van opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht. De verzekeraar heeft daarom de verzekering beëindigd, de reeds verstrekte uitkeringen teruggevorderd en de persoonsgegevens van de consument intern en extern geregistreerd. De incidentenregistratie heeft verzekeraar bij het CBV gemeld. Op basis van de omstandigheden van het geval is de commissie van oordeel dat sprake is van fraude. De verzekeraar mocht daarom de getroffen maatregelen nemen. De verzekeraar dient evenwel de duur van de EVR registratie en de registratie in het Incidentenregister terug te brengen naar vier jaar. Vordering gedeeltelijk toegewezen.

## **I. De procedure**

- 1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat hierbij om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar en 6) de pleitnotitie van de consument.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 22 oktober 2020 en zijn aldaar verschenen.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. De uitspraak is daarom bindend. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

*Wat is er gebeurd?*

- 2.1 Met ingang van 11 april 2014 heeft de consument, van beroep management consultant, bij verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Bij de aanvraag heeft de consument een gezondheidsverklaring ingevuld. De vraag of hij ooit voor ‘aandoeningen, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stembanden, ogen, oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis)’ bij een (huis)arts is geweest of medicijnen heeft gebruikt, heeft de consument niet aangekruist en daarmee met ‘nee’ beantwoord. De consument heeft de gezondheidsverklaring op 13 maart 2014 ingevuld en ondertekend.
- 2.2 Omdat de consument bij de gezondheidsverklaring heeft aangegeven dat hij in 2011 rugpijn/spit had, is een uitsluitingsclausule op de verzekering geplaatst voor aandoeningen en/of klachten van de lendenwervelkolom inclusief de bijbehorende banden, pezen en spieren en de gevolgen ervan (onder andere lage rugklachten, spit, ischias en hernia). Vanaf april 2016 had de consument recht op een herbeoordeling van deze clausule.
- 2.3 In mei 2016 verzocht de consument de verzekeraar om de uitsluitingsclausule te laten vallen. Daartoe heeft de consument op 30 mei 2016 een aanvullende vragenlijst ingevuld die in de bijlage bij deze uitspraak is opgenomen. Op basis van het advies van zijn medisch adviseur heeft de verzekeraar de onder 2.2 vermelde uitsluitingsclausule per 9 juni 2016 laten vallen.
- 2.4 Op 22 augustus 2018 heeft de consument zich bij verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten en de ziekte van Bechterew. Op het claimformulier vermeldde de consument ook dat de diagnose van die ziekte sinds drie jaar bekend is.
- 2.5 Op 17 september 2018 heeft de consument op verzoek van de verzekeraar zijn medisch adviseur bezocht. In dat gesprek bevestigde de consument dat sinds 2,5 á 3 jaar de ziekte van Bechterew bij hem is vastgesteld. De verzekeraar is gaan uitkeren op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid, maar is tegelijk een onderzoek gestart naar de vraag of sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht.
- 2.6 Op basis van het onderzoek van zijn medisch adviseur heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de consument opzettelijk zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft de verzekering beëindigd. Ook heeft de verzekeraar de onverschuldigd betaalde uitkeringen, een bedrag van € 15.236,25 (bruto), teruggevorderd. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het Incidentenregister en het Extern verwijzingsregister (‘EVR’). De verzekeraar heeft de incidentenregistratie gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude (‘CBV’).

### *De klacht en vordering*

2.7 De consument vordert van de verzekeraar een bedrag van € 89.247,00 in verband met de door de verzekeraar teruggevorderde uitkeringen, de door de consument betaalde premie en het verzekerde bedrag per jaar bij volledige arbeidsongeschiktheid. Daarnaast vordert de consument dat de verzekering in kracht wordt hersteld en dat de verzekeraar de registraties ongedaan maakt. Deze vordering is erop gebaseerd dat de verzekeraar ten onrechte het standpunt heeft ingenomen dat de consument heeft gefraudeerd. De consument heeft twee keer een oogontsteking gehad. Dit had met het dragen van ooglenzen te maken. De consument wist niet dat de oogklachten relevant waren voor de acceptatie. Na ingangsdatum van de verzekering heeft de consument geen lage rugklachten meer gehad en daarom heeft de consument de vragen bij de herbeoordeling juist beantwoord. Er is in ieder geval geen sprake van opzet.

### *Het verweer*

2.8 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

2.9 De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht twee keer geschonden. Bij het sluiten van de verzekering heeft de consument niet vermeld dat hij oogklachten had, terwijl de verzekeraar hier expliciet naar heeft gevraagd. Als de medisch adviseur van de verzekeraar op de hoogte was geweest van deze feiten, dan had hij, vanwege de combinatie aan klachten, geadviseerd de verzekering niet te sluiten of de acceptatie uit te stellen. De herverzekeraar adviseert namelijk om aanvragen bij de aanwezigheid van actieve vormen van de ziekte van Bechterew, zoals bij de consument, af te wijzen. Bij de herbeoordeling heeft de consument niet gemeld dat hij rugklachten/de ziekte van Bechterew had, terwijl bij de herbeoordeling expliciet is gevraagd naar 'deze' oftewel 'lage rugklachten' of 'soortgelijke klachten'. Bij kennis van de ware stand van zaken bij de herbeoordeling, had de medisch adviseur geadviseerd de uitsluitingsclausule te handhaven. De verzekeraar had beide adviezen opgevolgd.

2.10 Nog maar twee maanden voor het invullen van de vragenlijst inzake de herbeoordeling, had de consument de reumatoloog vier keer gezien. Ook gebruikte de consument medicijnen vanwege deze rugklachten/ziekte van Bechterew. Hieruit blijkt dat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid.

2.11 De verzekeraar heeft de consument voor de duur van acht jaar in het EVR geregistreerd. Deze registratie is proportioneel omdat sprake is van een fors financieel belang. De verzekerde jaarrente is € 55.946,00 met een looptijd tot 2034. Daarnaast heeft de consument zowel bij de aanvraag als bij de herbeoordeling onjuiste gegevens verstrekt. Er is dus sprake van recidive. Bovendien claimde de consument een uitkering juist vanwege de verzwegen klachten.

### 3. De beoordeling

3.1 Aan de orde is de vraag of de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. De verzekeraar verwijst hiervoor onder andere naar de artikelen 7:928 t/m 7:930 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en artikel 2.2 van de toepasselijke voorwaarden waarin de verzekeringnemer en de verzekerde op de wettelijke mededelingsplicht worden gewezen.

#### *Mededelingsplicht – het juridisch kader*

- 3.2 De commissie stelt voorop dat in artikel 7:928 lid I BW staat dat de aspirant-verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de verzekeringsovereenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee te delen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat de beslissing van de verzekeraar daarvan afhangt of kan afhangen.
- 3.3 Indien een verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW dat de verzekeraar zich er niet op kan beroepen dat feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn meegedeeld. Dit is alleen anders indien de aspirant-verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. In beginsel geldt dus dat indien de verzekeraar een vragenlijst hanteert, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat hij tot niet meer gehouden is dan het beantwoorden van de vragen die op de vragenlijst staan.
- 3.4 Een aspirant-verzekeringnemer mag een door hem door de verzekeraar opgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Zie de volgende uitspraken van de Hoge Raad, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl): HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.
- 3.5 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.
- 3.6 Indien de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.

- 3.7 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering niet zou zijn aangegaan of slechts onder andere voorwaarden (art. 7:930 BW). Bij de vraag of de niet medegedeelde feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841. De verzekeraar kan ook aanvoeren dat de verzekeringnemer heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden. De bewijslast ligt dan bij de verzekeraar. Met inachtneming van het voorgaande overweegt de Commissie als volgt.

*Heeft de consument zijn mededelingsplicht geschonden?*

- 3.8 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie als vaststaand aan dat de consument bij het aangaan van de verzekering onvermeld heeft gelaten dat hij van 14 oktober 2013 tot en met 8 januari 2014 is behandeld voor een ontsteking aan zijn voorste oogkamer. De consument heeft de oogklachten onvermeld gelaten omdat hij meende dat de klachten door het dragen van contactlenzen waren ontstaan en omdat hij dacht dat de klachten niet relevant waren. Deze uitleg volgt de commissie niet. Zelfs als de oogklachten door het dragen van contactlenzen werden veroorzaakt, wat overigens niet blijkt uit de brief van de oogarts van 10 september 2014 waarin slechts staat dat de consument zijn contactlenzen eventueel weer mag dragen, dan alsnog had de consument vraag 3 J bevestigend moeten beantwoorden. Daarin is namelijk expliciet naar oogklachten gevraagd. Het is aan de medisch adviseur van de verzekeraar om het risico van klachten in te schatten en niet aan de consument.
- 3.9 Bij het invullen van de aanvullende gezondheidsverklaring op 30 mei 2016 verklaart de consument dat hij na april 2014 geen lage rugklachten of soortgelijke klachten heeft gehad. Daarbij heeft de consument tevens aangegeven dat hij voor die klachten geen behandeling van een arts heeft gehad en geen medicijnen heeft gebruikt. Die antwoorden zijn onjuist omdat op grond van het medisch dossier vast staat dat de consument na april 2014 vier keer een reumatoloog heeft bezocht vanwege onder andere rugklachten en de ziekte van Bechterew. Voor deze klachten heeft de consument in de periode 2015 en 2017 verschillende medicijnen voorgeschreven gekregen. Dit blijkt overigens niet alleen uit de brief van de reumatoloog naar aanleiding van het verzwijgingsonderzoek van de verzekeraar, maar ook uit correspondentie tussen de reumatoloog en de huisarts. Deze correspondentie van 15 november 2015 vermeldt namelijk dat de consument twee jaar eerder een eerste episode van oogklachten heeft gehad en daarna nogmaals en dat de consument sinds meerdere jaren pijnklachten heeft aan de lage rug.

De consument heeft last van ochtendstijfheid van 60-90 minuten en wordt vaak 's nachts wakker van de pijn. In 2014 is met een PET-scan een actieve ontsteking aan de onderrug vastgesteld. In 2015 is de consument positief getest op HLAB27 en daarom is sprake van Bechterew. Dat de huisarts bij brief van 15 januari 2019 heeft verklaard dat in eerste instantie sprake is van een atypische Bechterew met ontstekingen aan de ogen en scheenbeen en dat de rugklachten pas later zijn ontstaan, neemt niet weg dat de (lage) rugklachten zich voor het invullen van de aanvullende gezondheidsverklaring al hadden geopenbaard. Het is immers mede voor deze klachten dat de consument vanaf 16 juli 2015 een reumatoloog heeft bezocht. Deze klachten zijn relevant omdat de verzekeraar er naar heeft gevraagd en zijn medische adviseur heeft toegelicht dat hij bij kennis van de ware stand van zaken de uitsluitingsclausule had gehandhaafd. De relevantie van de rugklachten blijkt ook uit de omstandigheid dat de verzekeraar in 2014 een clausule voor de lendenwervelkolom op de verzekering heeft geplaatst nadat de consument had gemeld dat hij in 2011 spit/rugklachten had gehad. Bij de herbeoordeling van de uitsluitingsclausule was sprake van recentere (lage) rugklachten. Het ligt daarom in de rede dat de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de uitsluitingsclausule had gehandhaafd.

- 3.10 De commissie concludeert dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.

#### *Fraude*

- 3.11 Vervolgens dient de commissie de vraag te beantwoorden of de verzekeraar de reeds betaalde uitkering mocht terugvorderen op grond van artikel 7:930 lid 5 BW. Dit artikel bepaalt dat de verzekeraar geen uitkering verschuldigd is wanneer de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hiervan bij het onjuist beantwoorden van de vraag naar rugklachten sprake is.
- 3.12 De commissie is van oordeel dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van opzet tot misleiding. Hierbij neemt de commissie in overweging dat de verzekering tot stand is gekomen op de grondslag van een door de consument ingevulde gezondheidsverklaring en dat de vragen eenduidig waren. De door de consument onjuist beantwoorde vraag laat geen ruimte voor zijn stelling dat hij niet met opzet heeft gehandeld. De commissie acht daarbij het volgende relevant.
- 3.13 De commissie heeft onder 3.9 geoordeeld dat de rugklachten relevant waren voor de acceptatie. De consument heeft bij de herbeoordeling van de uitsluitingsclausule gemeld dat hij na april 2014 geen (lage) rugklachten heeft gehad. Dit is gezien de brief van 25 november 2015 onjuist. Ook gebruikte de consument medicijnen en bezocht hij een arts voor de klachten.

De consument kan de rugklachten niet zijn vergeten, omdat hij na april 2014 en voor het invullen van de aanvullende gezondheidsverklaring in mei 2016, vier keer een reumatoloog voor mede die klachten bezocht. Bovendien heeft het laatste consult twee maanden voor het invullen van de betreffende vragenlijst plaatsgevonden en gebruikte de consument ook voorgeschreven medicijnen voor rugklachten en de ziekte van Bechterew. Dat de consument niet wist dat de (lage) rugklachten verband hielden met de ziekte van Bechterew helpt hem niet. Hij had de (lage) rugklachten moeten melden. Die klachten waren recent voorgekomen en de consument was daarvoor (ook recent) vier keer naar de reumatoloog geweest. Het kan niet anders dan dat de consument bewust – dus opzettelijk – heeft besloten hiervan niets te melden. De commissie is daarom van oordeel dat de consument opzettelijk heeft gehandeld met het doel een aangepaste verzekeringsovereenkomst tot stand te doen brengen die de verzekeraar – bij de ware stand van zaken – niet had gesloten. De commissie neemt daarbij in overweging dat uit de omstandigheid dat de consument bij de claim op de verzekering in augustus 2018 heeft gemeld dat sprake was van Bechterew niet volgt dat de consument bij het beantwoorden van de vragen bij de herbeoordeling niet opzettelijk heeft gehandeld.

#### *Uitkering en beëindiging verzekeringsovereenkomst*

3.14 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden en dat de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 5 BW geen uitkering onder de verzekering verschuldigd is. De reeds gedane uitkeringen zijn derhalve onverschuldigd betaald en mocht de verzekeraar terugvorderen. Verder mocht de verzekeraar na ontdekking van de opzettelijke schending van de precontractuele mededelingsplicht de overeenkomst opzeggen (artikel 7:929 lid 2 BW).

#### *Externe registraties persoonsgegevens*

3.15 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument geregistreerd in het Incidentenregister en het EVR. De consument is het niet eens met de registratie in deze registers. De commissie zal daarom de vraag beantwoorden of de verzekeraar tot die registratie heeft mogen overgaan.

3.16 Omdat opname van persoonsgegevens in deze registers – en met name het EVR – voor de consument ernstige gevolgen kan hebben moeten zware eisen worden gesteld aan de grond(en) van de verzekeraar voor opname daarin van de persoonsgegevens van de consument. (Zie o.a. Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, rechtsoverweging 4.3 en Geschillencommissie Kifid 2017-717 onder 4.2).



Voor de registratie van persoonsgegevens in het EVR gelden, op grond van artikel 5.2.1 van het Protocol, waarvan de relevante artikelen als bijlage aan deze beslissing zijn gehecht, als vereisten dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude opleveren (zie HR 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, te vinden op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl)) en dat de registratie proportioneel is.

- 3.17 De commissie heeft onder 3.12 en 3.13 overwogen dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR genoemd in artikel 5.2.1 onder a en b en van het Protocol is voldaan.

*Proportionaliteitstoets van de registratie in het EVR*

- 3.18 Op grond van artikel 5.2.1 onder c van het Protocol dient de verzekeraar bij registratie van persoonsgegevens in het EVR een proportionaliteitsafweging te maken. Bij de beoordeling van de vraag of de verzekeraar de persoonsgegevens in het EVR registreert, en zo ja, voor welke duur, dient de verzekeraar ook de belangen van de consument mee te wegen. De consument die verwijdering van zijn persoonsgegevens verlangt, zal moeten onderbouwen op grond waarvan hij meent disproportioneel in zijn belangen te zijn geschaad en waarom zijn belang dient te prevaleren boven het belang van de verzekeraar c.q. de financiële sector.
- 3.19 De verzekeraar heeft de belangen van de consument afgewogen tegen de belangen van de verzekeringssector. Volgens de verzekeraar vormt de schending een bedreiging voor financiële instellingen en staat in voldoende mate vast dat de consument hierbij betrokken was, de belangen van de verzekeringssector wegen daarom zwaarder dan de belangen van de consument. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument in eerste instantie voor de duur van acht jaar in het EVR geregistreerd. Bij het bepalen van de duur van de registratie heeft de verzekeraar als verzwarende omstandigheden onder andere laten meewegen dat sprake is van een fors financieel belang omdat de jaarrente € 55.946,00 bedraagt met een looptijd tot 2034. Er is sprake van recidive omdat de consument zowel bij de aanvraag als bij de herbeoordeling onjuiste gegevens heeft verstrekt. Ook heeft de verzekeraar meegewogen dat de consument een arbeidsongeschiktheidsuitkering claimde vanwege de verzwegen klachten.
- 3.20 De consument stelt dat hij door de registratie ernstig wordt benadeeld omdat hij en zijn vrouw nergens een verzekering kunnen afsluiten. Ook kan de consument geen VOG meer krijgen en is hij zijn waardigheid, zijn geld, zijn gezondheid, zijn vertrouwen in het rechtssysteem en zijn perspectief voor de toekomst kwijt. De commissie begrijpt dat de registratie nadelige gevolgen heeft voor de consument en dat het sluiten van verzekeringen voor hem hierdoor wordt bemoeilijkt.



Gelet op de feiten en omstandigheden van deze zaak is de commissie echter van oordeel dat het belang van de financiële sector bij registratie van de persoonsgegevens van de consument zwaarder weegt dan het belang van de consument bij niet registreren van zijn persoonsgegevens. De omstandigheden van het geval en de belangen van de consument zijn in voldoende mate meegewogen. Ter zitting heeft de verzekeraar meegedeeld het standpunt over de recidive te laten vallen en daarom de registratieduur te verkorten naar zes jaar. De duur van de registratie komt de commissie evenwel alsnog onredelijk voor. De consument heeft immers direct bij de claim gemeld dat sprake was van Bechterew, zodat de verzekeraar direct met zijn verzwijgingsonderzoek kon aanvangen en niet onnodig lang een uitkering is verstrekt. De commissie ziet onder die omstandigheden aanleiding te bepalen dat de registratie voor maximaal vier jaar geldt.

- 3.21 Gelet op het voorgaande dient ook de registratie in het Incidentenregister gehandhaafd te blijven. 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 in het Incidentenregister blijven staan. De commissie is niet gebleken van omstandigheden die een langere duur in het Incidentenregister dan die van het EVR rechtvaardigen. De commissie oordeelt daarom dat de verzekeraar de registratie in het Incidentenregister op de hiervoor vermelde gronden dient te beperken tot vier jaren.

#### *CBV*

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

#### *Interne registratie persoonsgegevens*

- 3.23 Op de zitting heeft de verzekeraar meegedeeld dat de persoonsgegevens van de consument ook intern zijn geregistreerd. De commissie gaat ervan uit dat dit de gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde Intern Verwijzingsregister ('IVR') van de verzekeraar zijn. Deze registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. De Gebeurtenissenadministratie is een register van (persoons)gegevens die daarin zijn verwerkt omdat zij van belang zijn voor de veiligheid en integriteit van de financiële instelling en om die reden speciale aandacht behoeven (artikel 10 GVPV). Door opname van verwijzingsgegevens in het IVR, kan de eigen organisatie van de verzekeraar op deze informatie opmerkelijk worden gemaakt. De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze registraties.

3.24 De commissie heeft onder 3.12 t/m 3.21 overwogen dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van fraude door de consument en dat opname in het EVR en het Incidentenregister met (beperkte) externe werking is toegestaan. Nu aan de registratie in de interne registers hetzelfde feitencomplex ten grondslag ligt en deze registraties minder vergaand zijn, heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie de gegevens ook in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen opnemen. De commissie acht dit proportioneel en aanvaardbaar. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de gevolgen van vermelding in de gebeurtenissenadministratie en het IVR beperkt zijn, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de desbetreffende financiële instelling en deze interne registraties de consument niet beletten een relatie aan te gaan met andere financiële instellingen na afloop van de duur van de externe registraties.

#### *Slotsom*

3.25 De conclusie is dat de verzekeraar de verzekering heeft mogen beëindigen, de reeds gedane uitkeringen heeft mogen terugvorderen en de persoonsgegevens van de consument heeft mogen registreren in het Incidentenregister en het EVR, zij het dat de duur van deze registraties dient te worden teruggebracht naar vier jaar. De registraties in de gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen worden gehandhaafd. De commissie wijst de vordering in verband met de externe registraties gedeeltelijk toe en wijst de vorderingen voor het overige af.

## **4 De beslissing**

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop deze beslissing aan partijen is verstuurd, de duur van de registraties in het Incidentenregister en het EVR terugbrengt naar vier jaar en dat hij de consument dat schriftelijk dient te bevestigen. De commissie wijst het meer of anders gevorderde af.

*Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening wanneer wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het Reglement van de Commissie van Beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website [www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid](http://www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid).*

*Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak, zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de Geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het Reglement Geschillencommissie Financiële Dienstverlening, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen-en-statuten](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*

## Bijlage - Herbeoordelingsformulier

Toelichting met betrekking tot: [REDACTED]

\* lage rugklachten \*

Betreft : Herbeoordeling clause/toeslag AOV  
Naam : [REDACTED]  
Correspondentienummer : [REDACTED]



WILT U ONDERSTAANDE VRAGEN ZO VOLLEDIG MOGELIJK BEANTWOORDEN

Heeft u na de ingangsdatum van de polis in april 2014 nog wel eens deze of soortgelijke klachten gehad? : ja  nee

Bent u na april 2014 hiervoor nog onder behandeling geweest van een arts/therapeut en/of andere behandelaar?: ja  nee

Heeft u na april 2014 uw werk (deels) verzuimd of aangepast ivm bovengenoemde klachten?: ja  nee

Heeft u na april 2014 medicatie gebruikt voor deze klachten? ja  nee

Zo ja, welke? : NVT

Gebruikt u die nu nog? : ja  nee   
Zo nee, sinds wanneer niet meer? : \_\_\_\_\_

INDIEN U EEN VAN DE BOVENGENOEMDE VRAGEN MET "JA" BEANTWOORD HEEFT DAN GRAAG OOK DE REST VAN DE VRAGENLIJST BEANTWOORDEN EN DE NACHTIGING INVULLEN EN ONDERTEKENEN. INDIEN ALLE VRAGEN MET "NEE" BEANTWOORD ZIJN, DAN GRAAG ALLEEN NOG DIT FORMULIER DATEREN EN ONDERTEKENEN.

Wanneer had of heeft u klachten? : NVT

Hoelang hebben de klachten geduurd? : NVT

## **Bijlage - Relevante artikelen uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013**

In het toepasselijke Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013 zijn de volgende relevante bepalingen opgenomen:

### **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, waarin door de betreffende Deelnemer gegevens van (rechts)personen worden vastgelegd ten behoeve van het in artikel 4.1.1 Protocol genoemde doel, naar aanleiding van of betrekking hebbend op een (mogelijk) Incident. (...)*

*3.1.2 Aan het Incidentenregister is een Extern Verwijzingsregister gekoppeld. (...)*

### **4 Incidentenregister**

#### **4.1 Doel 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.”*

#### **4.2 Toegang tot het Incidentenregister**

*(...)*

*4.2.3 De gegevens uit het Incidentenregister van de Deelnemer mogen tevens worden uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte, coördinatiefuncties van de NVB, Verbond, VFN, ZN, FOV en SFH (de fraudeloketten).*

*(...)*

#### **4.3 Verwijdering van gegevens uit het Incidentenregister**

(...)

4.3.2 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 opnamen in het Incidentenregister rechtvaardigt.

#### **5 Extern Verwijzingsregister**

(...)

##### **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 na toepassing van het onder c genoemde proportionaliteitsbeginsel op te nemen in het Extern Verwijzingsregister.

a) De gedraging(en) van de (rechts)persoon vormen, 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. Dit houdt in dat Veiligheidszaken vaststelt, dat het belang van opname in het Externe Verwijzingsregister prevaleert boven de mogelijk nadelige gevolgen voor de Betrokkene als gevolg van opname van zijn Persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister.

##### **5.3 Verwijdering van gegevens uit het Extern Verwijzingsregister**

(...)

5.3.2 Verwijdering van Verwijzingsgegevens uit het Extern Verwijzingsregister 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 en opname in het Extern Verwijzingsregister conform artikel 5.2.1 Protocol heeft plaatsgevonden.

## **Bijlage - 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 verzekeringstak te waarborgen. Zij treffen daartoe maatregelen, waaronder het (laten) uitvoeren van een interne audit en het inrichten van een Incidentenregister en eventuele deelname aan andere waarschuwingssystemen.*



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

## **10. Definities**

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

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

In de toelichting bij artikel 4.5.3 is het volgende opgenomen:

*Eén van de veiligheidsmaatregelen die Verzekeraars nemen is het vastleggen van Gebeurtenissen die van belang kunnen zijn voor de veiligheid en integriteit van de onderneming en de sector. Deze Gebeurtenissen worden door Verzekeraars vastgelegd in een administratie. Dit deel van de administratie wordt de Gebeurtenissenadministratie genoemd. In deze administratie worden gegevens bijgehouden die naar het oordeel van de Verzekeraar van belang kunnen zijn voor de kwaliteit, veiligheid en integriteit van de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en de verzekeringsbranche. Het kan daarbij gaan om uiteenlopende gebeurtenissen. Denk aan uitkomsten van screeningsverzoeken, klachten van klanten, (mogelijke) verzekeringsfraude of het niet naleven van afspraken waaronder structureel wanbetalingsgedrag of faillissementen. De Gebeurtenissenadministratie is een verzameling van gegevens en vormt het geheugen van de Verzekeraar. Verzekeraars hebben geen inzage in elkaars Gebeurtenissenadministraties, tenzij ze deel uitmaken van dezelfde Groep. Ondernemingen die behoren tot een Groep kunnen ook een gezamenlijke Gebeurtenissenadministratie voeren.*



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

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

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

Naast het hebben van een Gebeurtenissenadministratie en een IVR dient een Verzekeraar ook een branchewaarschuwingssysteem te voeren. Dit is een systeem dat het mogelijk maakt voor Verzekeraars om elkaar te waarschuwen. Omdat Persoonsgegevens in dit geval buiten de Groep worden gedeeld, gelden hiervoor bijzondere aanvullende regels. De regels met betrekking tot het branchewaarschuwingssysteem zijn vastgelegd in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI).

In bepaalde gevallen kunnen Verzekeraars Persoonsgegevens in verband met royementen, vorderingen, het indienen van een claim en andere Gebeurtenissen mede vastleggen in registers die worden onderhouden door een onafhankelijke rechtspersoon, bijvoorbeeld de Stichting Centraal Informatiesysteem die optreedt als Verantwoordelijke voor het Centraal Informatie Systeem in de verzekeringsbranche. Op het verstrekken en raadplegen van Persoonsgegevens in deze systemen is deze Gedragscode van toepassing.



*De Verwerking van de Persoonsgegevens in de systemen zelf valt buiten de Gedragscode. De Stichting Centraal Informatie Systeem hanteert daarvoor een eigen privacy- en gebruikersreglement, dat is te raadplegen via de website: <https://www.stichtingcis.nl/nl-nl/regelgeving.aspx>.*