

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0483
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, drs. J.H. Paulusma-
de Waal, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 16 september 2019
Ingediend door : De consument
Tegen : Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V., gevestigd te Den Haag,
verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 28 mei 2021
Aard uitspraak : Niet-bindend advies
Uitkomst : Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage : Relevante artikelen uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële
Instellingen van 23 oktober 2013

Samenvatting

WAM-verzekering. Fraude. De consument heeft twee ongevallen gehad. In beide zaken heeft hij een schadevergoeding van de verzekeraar gevorderd. De grondslag hiervoor is artikel 6 WAM. De consument heeft tegenstrijdige verklaringen afgelegd over zijn letsel. De commissie is van oordeel dat de consument dit opzettelijk heeft gedaan met het doel een (hogere) schadevergoeding te krijgen dan waarop hij recht heeft. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument mogen opnemen in de externe registers (het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister). Dit neemt echter niet weg dat de verzekeraar nog smartengeld aan de consument dient te betalen in verband met zijn door het eerste ongeval opgelopen knieklachten en bovendien de schade aan zijn auto door het tweede ongeval moet vergoeden. Deze schades staan vast. De overige door de consument geclaimde schade is onvoldoende aannemelijk geworden. De consument hoeft de onderzoekskosten niet te betalen. De vorderingen van de consument worden gedeeltelijk toegewezen.

I. De procedure

- I.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) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de medische stukken van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de aanvullende stukken van de verzekeraar; 7) de reactie daarop van de consument; 8) de aanvullende reactie van de verzekeraar na de zitting en 9) de namens de consument ingediende reactie daarop.

- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 23 september 2020. Partijen zijn aldaar verschenen.
- 1.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 Op 22 oktober 2016 is de consument slachtoffer geworden van een verkeersongeval waardoor hij knieklachten heeft opgelopen (hierna: 'het eerste ongeval'). Delta Lloyd Schadeverzekering N.V. (verder: 'Delta Lloyd') heeft de aansprakelijkheid van haar verzekerde erkend. De consument heeft zich in de procedure tegen Delta Lloyd laten bijstaan door mr. [naam I], advocaat, (hierna: 'advocaat I'). Delta Lloyd is vanaf 1 juli 2018 onderdeel van de verzekeraar.
- 2.2 De consument heeft voor zijn knieklachten een operatie ondergaan en heeft na de operatie, in de periode van 22 mei 2017 tot 19 oktober 2017, bij een fysiotherapeut gerevalideerd. Op 9 november 2017 heeft deze fysiotherapeut genoteerd dat de consument een paar weken na zijn voorste kruisbandrevalidatie, bij het werk als elektricien, af en toe last heeft van zijn rechterknie die dan ook kraakt. De fysiotherapeut heeft de consument onderzocht en beoordeeld dat hij niet verder in aanmerking komt voor fysiotherapie en dat hij zelfstandig verder dient te trainen.
- 2.3 Bij brief van 22 juni 2018 heeft de medisch adviseur van de verzekeraar, dr. [naam medisch adviseur], geadviseerd dat op basis van de beschikbare informatie de voorste kruisbandruptuur en een kneuzing aan het bot van het onderste gedeelte van het bovenbeen (onderdeel kniegewricht) als een gevolg van het eerste ongeval kunnen worden beschouwd. Volgens hem is de prognose goed en is mogelijk sprake van pre-existentie omdat de consument twee maanden voor het ongeval op zijn knie was gevallen met een dikke knie met wat klachten tot gevolg. Bij milde restinstabiliteit kan volgens de medisch adviseur sprake zijn van 4% blijvende invaliditeit van de gehele mens. Bij duidelijke instabiliteit is er een verhoogd artroserisico. Vanwege de leeftijd, het letsel en het beroep van de consument heeft de medisch adviseur een orthopedische expertise geïndiceerd.
- 2.4 Per e-mail van 3 oktober 2018 heeft de consument advocaat I geïnformeerd dat hij veel stress heeft en psychisch onder druk staat. Hij heeft nog last van zijn knie, studievertraging opgelopen en zijn salaris is achteruit gegaan.

Dit bericht heeft advocaat I per e-mail van 22 oktober 2018 aan Delta Lloyd doorgestuurd. Advocaat I verzocht in dat bericht om een aanvullende tussentijdse bevoorschotting van € 5.000,00.

- 2.5 Per e-mail van 25 oktober 2018 heeft de consument advocaat I nogmaals bericht en, nadat advocaat I hiernaar had gevraagd, uitgelegd waarom het niet goed met hem gaat. In dat bericht schrijft de consument dat hij na het eerste ongeluk de snelweg niet meer op durft omdat hij bang is dat hem weer een ongeval zal overkomen.
- 2.6 Op 26 oktober 2018 is de consument opnieuw betrokken geraakt bij een verkeersongeval (hierna: 'het tweede ongeval'). Ditmaal was de tegenpartij verzekerd bij Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V. (verder: 'de verzekeraar'). De verzekeraar heeft ook voor het tweede ongeval de aansprakelijkheid erkend.
- 2.7 Per e-mail van 17 februari 2019 heeft advocaat I Delta Lloyd nogmaals meegedeeld dat de consument door het eerste ongeval studievertraging heeft opgelopen en werkloos is geworden. Advocaat I verzocht daarom wederom om een bedrag van € 5.000,00 als tussentijdse bevoorschotting.
- 2.8 De verzekeraar heeft naar aanleiding van dit verzoek geen aanvullende voorschotten betaald. In het totaal heeft de verzekeraar een bedrag van € 9.500,00 vergoed in verband met ongevalgerelateerde schade door het eerste ongeval die volgens de verzekeraar is aangetoond. Van dit bedrag is € 3.500,00 aan advocaat I betaald in verband met de kosten die hij de consument in rekening had gebracht voor verleende rechtsbijstand. Het resterende bedrag van € 6.000,00 is aan de consument betaald.
- 2.9 Op de voorzijde van het schadeaangifteformulier met betrekking tot het tweede ongeval, dat door beide partijen is ondertekend, is het vak 'gewonden/lichtgewonden' met nee aangekruist. Op de achterzijde heeft de consument ingevuld dat hij letsel heeft aan 'nek tot onderrug' en 'been' en dat hij vindt dat de tegenpartij hier aansprakelijk voor is. In de namens de consument verstuurd aansprakelijkstelling van 5 november 2018 is de volgende uitleg gegeven over het schadeaangifteformulier: *"Daarbij wil ik u melden dat onze cliënt letselschade heeft naar aanleiding van de aanrijding. Dit is niet op het voorkant van het schadeformulier aangekruist omdat cliënt een dag na de aanrijding nek en rugklachten kreeg"*.
- 2.10 Op 6 maart 2019 is de consument in het bijzijn van mr. [naam II] en mr. [naam III] (hierna: 'advocaat II en III') geïnterviewd door een tactisch onderzoeker van de verzekeraar in verband met het tweede ongeval. In het gespreksverslag wordt met 'O' opmerking, 'V' vraag en 'A' antwoord bedoeld.

Het gespreksverslag van 7 maart 2019 vermeldt – voor zover van belang – het volgende:

“(…)

O: Op het aanrijdingsformulier op het voorblad is het vakje bij de vraag ‘Gewonde(n) ook licht gewond’ met nee aangekruist. Op de achterzijde is vermeld dat u letsel heeft.

V: Waarom is het vakje Gewonde(n) ook licht gewond dan met nee ingevuld.

A: Op het moment van de aanrijding had ik geen pijn en was ik niet gewond. Die avond was ik onderweg naar een bruiloft van een vriend. Op de bruiloft kreeg ik pijnen en ben ik nog naar het OLV Gasthuis in Amsterdam West gegaan. (...)

V: Wat was de uiterlijke staat van de auto op 26 oktober 2018 voor de aanrijding.

A: Voor de aanrijding op 26 oktober 2018 was de auto schadevrij.

(…)

V: Hoe heftig was nu die aanrijding tussen uw Honda en de Audi.

A: De aanrijding was een behoorlijke klap van rechts. De Audi kwam plots naar links en botste tegen mijn Honda. Daardoor schaafde de Audi, verf van de rechterzijde van mijn auto. Ik kreeg door de aanrijding een behoorlijke klap in mijn nek.

V: Wat zijn uw middelen van bestaan.

A: Op 26 oktober 2018 werkte ik via het detachingsbureau [naam detachingsbureau] in Amersfoort, als elektricien met een jaarcontract. Ik werkte 40 uur per week. Het detachingsbureau [naam detachingsbureau] had mij uitgezonden bij het bedrijf [naam bedrijf] Amersfoort, waar ik als elektricien werkte. Dit bedrijf betaald ook mijn studie. In het weekend na de aanrijding of maandagochtend 29 oktober heb ik een SMS bericht gestuurd naar mijn werkgever detachingsbureau [naam detachingsbureau] dat ik niet kon werken. (...)

V: In hoeverre had u voor de aanrijding op 26 oktober 2018 door blessures of anderszins lichamelijke of geestelijke beperkingen om uw werk te kunnen uitvoeren.

A: Ik had voor 26 oktober 2018 totaal geen lichamelijke klachten of blessures. Ook had ik geen geestelijke klachten hoofdpijn of iets dergelijks. Ik deed zelf aan kickboksen in een sportschool en met vrienden speelde indoor voetbal. Ik kon mijn werk goed uitvoeren. Veertig uur werken in een week was geen enkel probleem. Ik heb me ook nooit ziek gemeld.

(…)

V: Bent u voor 26 oktober 2018 ooit betrokken geweest bij (bedrijfs)ongeval of een aanrijding waarbij u letselschade hebt geclaimd.

A: In oktober 2016 ben ik betrokken geweest bij een aanrijding waarbij ik ten val ben gekomen met mijn motor. De letselschade van deze aanrijding is nog niet afgehandeld.

(O: [Advocaat III] vraagt aan haar cliënt waarom die letselschade claim nog niet is afgehandeld als de klachten over zijn. Waarop cliënt antwoordt dat de zaak bij de advocaat ligt en dat de advocaat er lang over doet en het nogal moeilijk ligt.)

V: Welke letselschadebureau en advocaat behandelt de claim van 2016.

A: U vraagt mij welke letselschadebureau en advocaat mij in die zaak bijstaat. Die informatie wil ik u niet verstrekken, omdat het in het verleden is gebeurd en het niets met deze zaak te maken heeft. Ik heb na 2016 de cursus die ik toen volgde kunnen afmaken en mijn diploma kunnen behalen. Ik had mij voor de aanrijding van 26 oktober 2018 opnieuw ingeschreven voor een studie bij het ROC. Door het letsel opgelopen bij de aanrijding van 26 oktober 2018 heb ik die studie niet kunnen voortzetten. (...)”

2.11 In een rapport van 28 maart 2019 heeft het onderzoeksbureau Ongevallen Analyse Nederland aan de verzekeraar gerapporteerd dat de auto van de consument aan de rechterzijde is beschadigd en dat de sporen op beide auto's duiden op een (wezenlijke) verschillenheid (in langsrichting) tussen beide auto's. En verder: *“Omdat de bocht naar links wordt doorreden, verwacht ik niet dat er een aanstootmechanisme in het kader van de secundaire inzittendebeweging is opgetreden. In de verklaring van de [consument] rept deze ook niet over het stoten in de auto als gevolg van de aanrijding. (...) Gezien de schadebeelden aan de betrokken auto's is er geen (noemenswaardige) onderhuidse schade te verwachten.”*

2.12 Op 17 april 2019 is de consument voor de tweede keer door de tactisch onderzoeker van de verzekeraar geïnterviewd over het eerste ongeval. In het verslag van het interview zijn – voor zover relevant – de volgende vragen en antwoorden genoteerd:

“V: Wanneer heeft u, uw belangenbehartiger dan wel Nationale Nederlanden, in dit letselschade dossier van oktober 2016, geïnformeerd dat u op 26 oktober 2018 opnieuw bij een aanrijding betrokken was en ook als gevolg van deze aanrijding letselschade claimde.

A: Ja, dat is een beetje mijn fout. Ik heb dat niet tijdig doorgegeven aan mijn advocaat de heer [advocaat I]. Excuses hiervoor, dat ik hem niet heb gemeld dat ik (weer) een ongeluk heb gehad op 26 oktober vorig jaar. Dat komt omdat ik stress in mijn hoofd had en heb. Ik heb straks om 14.00 uur, om die reden ook een afspraak met mijn psycholoog. Ik voel mijzelf niet zo goed en zodoende heb ik vergeten aan de verzekeraar (Delta Lloyd) en aan mijn [advocaat I te melden] dat ik betrokken was bij een tweede aanrijding. Ik weet niet meer de precieze datum, maar het is nu ongeveer 4 weken geleden dat ik mijn [advocaat I] heb verteld dat ik in oktober 2018 ook betrokken was bij een aanrijding en dat ik ook als gevolg van deze aanrijding letsel heb opgelopen en letselschade heb geclaimd. Ik ben niet zo goed in mijn hoofd en daarom denk ik dat ik [advocaat I] vier weken geleden heb verteld van die tweede aanrijding. Ik heb [advocaat I] geïnformeerd na het 1^e gesprek (6 maart 2019) met u.

V: Was het gesprek van 6 maart 2019 aanleiding om [advocaat I] te informeren?

A: Ja, ik moest hem toen wel informeren. Ik moest hem ook wel informeren omdat bij de aanrijding van oktober 2016, Delta Lloyd de verzekeraar was bij wie ik de letselschade claimde. Bij de aanrijding van oktober 2018 was het de verzekeraar Nationale Nederlanden bij wie ik de letselschade claimde. Tijdens het gesprek van 6 maart 2019 werd het door uw uitleg mij duidelijk dat Delta Lloyd en Nationale Nederlanden, één en dezelfde verzekeraar zijn geworden.

Ik wist ook niet dat als er twee letselschaden lopen bij twee verschillende belangenbehartigers, ik dit ook aan beide belangenbehartigers moest melden. Ik benadruk nog eens dat ik onder behandeling sta van een psycholoog en daardoor zaken vergeet of wel verkeerd betrokken persoon informeer.”

- 2.13 Het Rapport van Onderzoeksresultaat van de tactisch onderzoeker van de verzekeraar van 13 mei 2019 vermeldt behalve een weergave van voornoemde gesprekken ook een omschrijving van een interview met de tegenpartij, de verzekerde van de verzekeraar, en haar volwassen dochter. Beiden hebben verklaard dat het om een zeer lichte aanrijding ging en dat zij nauwelijks hadden gemerkt dat er sprake was van een botsing.
- 2.14 Met een brief van 19 juni 2019 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij de aansprakelijkheid van zijn verzekerde voor beide ongevallen heeft erkend, maar dat hij bij beide schadeclaims heeft geconstateerd dat de consument een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven. Volgens de verzekeraar heeft de consument hiermee geprobeerd een hogere schadevergoeding te krijgen dan waar hij recht op heeft. De verzekeraar vond dat hij de consument voldoende had gecompenseerd voor de schade door het eerste ongeval. De verzekeraar ging niet over tot vergoeding van de geclaimde (letsel)schade voor het tweede ongeval. Verder heeft hij de interne onderzoekskosten van de consument teruggevorderd tot een bedrag van € 532,00. Deze vordering heeft de verzekeraar met zijn brief van 10 februari 2020 echter ingetrokken. Ook heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (EVR) en het Incidentenregister. Hij heeft het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV) over deze registratie geïnformeerd.

De vorderingen en de standpunten van de consument

- 2.15 Bij het indienen van zijn klacht bij Kifid heeft de consument een bedrag van € 20.000,00 gevorderd. Dit bedrag betreft schade aan de auto, verlies aan inkomen, studievertraging en financiële, psychische en lichamelijke problemen. Daarnaast vordert de consument doorhaling van de registraties van zijn persoonsgegevens en intrekking van de melding aan het CBV.
- 2.16 De consument heeft tijdens de schriftelijke procedure bij Kifid zijn vordering aangevuld. Hij vordert een aanvullende vergoeding van € 30.000,00 voor de schade door het eerste ongeval. Dit bedrag bevat een vergoeding voor huishoudelijke hulp, medische kosten, studievertraging in 2016, verlies van inkomen en smartengeld.
- 2.17 De verzekeraar dient de schade van de consument te vergoeden. De consument heeft alle bewijsstukken ter onderbouwing van de schade aan Kifid overhandigd. De consument ervaart nog steeds knieklachten. Bovendien kunnen die klachten volgens artsen in de toekomst verergeren.

De consument heeft het bedrag van € 30.000,00 bij verschillende letselchadespecialisten geverifieerd. De meeste letselchadespecialisten waren zelfs van mening dat dit bedrag te laag is.

- 2.18 De verzekeraar houdt bewust informatie achter en hij heeft nagelaten om navraag te doen bij de psycholoog van de consument. De consument heeft zich na het eerste ongeval niet zeker voorgedaan dan hij was. Na het tweede ongeval heeft de huisarts de consument doorverwezen naar een psycholoog en heeft hij fysiotherapie gehad in verband met zijn nek- en rugklachten. De verzekeraar heeft voor beide ongevallen aansprakelijkheid erkend en daarmee staat vast dat de consument niet heeft gefraudeerd en dat hij recht heeft op letselchadevergoedingen.

Het verweer van de verzekeraar

- 2.19 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

Schade door het eerste ongeval (van 22 oktober 2016)

- 2.20 De verzekeraar erkent dat de consument bij het eerste ongeval letsel aan zijn knie heeft opgelopen. Hiervoor heeft de verzekeraar de consument (financieel) voldoende gecompenseerd. De verzekeraar heeft geen smartengeld betaald. Verdere schade wordt wel geclaimd, maar is niet onderbouwd. De consument zou in salaris achteruit zijn gegaan, maar uit de onderbouwing blijkt dit niet. Integendeel, uit de loonstroken kan de verzekeraar alleen maar opmaken dat het bruto-maandinkomen van de consument is gestegen. Vanaf oktober 2018 claimt de consument dat het niet goed met hem gaat en dat hij last heeft van zijn knie. Dit is in tegenstelling tot de medische informatie uit de behandelend sector waaruit volgt dat de knieklachten een gunstig verloop hebben met een mate van blijvende invaliditeit van 4%. Dat de consument verder geen schade heeft blijkt ook uit zijn verklaring aan de tactisch onderzoeker dat hij voor het ongeval in 2018 geen klachten had, kon sporten en veertig uur per week kon werken.

Schade door het tweede ongeval (van 26 oktober 2018)

- 2.21 De schade door het tweede ongeval kan niet worden vastgesteld omdat de consument tegenstrijdige verklaringen heeft afgelegd over zijn fysieke en geestelijke gesteldheid. Mede in samenhang bezien met de medische informatie is niet vast te stellen welke klachten en beperkingen hij werkelijk heeft en of dit een ongevalsgevolg is. Daarnaast is ondanks meerdere verzoeken daartoe onvoldoende aannemelijk gemaakt welke schade hij als gevolg van deze klachten zou hebben. Uit onderzoek naar de impact van het ongeval op 26 oktober 2018 door Ongevallen Analyse Nederland, blijkt dat deze slechts 5 km/uur was. De door de consument geclaimde nek- en rugklachten zijn hierdoor niet aannemelijk. Bovendien heeft de verzekeraar geen nadere onderbouwing van die klachten ontvangen.

De consument stelt dat hij door het tweede ongeval psychische klachten heeft en heeft hij bij de psycholoog aangegeven dat hij niet eerder psychische klachten heeft gehad. Uit het huisartsenjournaal blijkt dat dit niet juist is en de consument in 2013/2014 en 2016 al vergelijkbare periodes van psychische klachten heeft gehad. Bovendien heeft de consument kort voor het ongeval in 2018 aan advocaat I gemaild dat hij stress heeft en psychisch onder druk staat. De verzekeraar heeft de schade aan de auto van de consument niet vergoed omdat sprake is van een frauduleuze claim.

Fraude

- 2.22 De consument heeft gefraudeerd. Met betrekking tot het eerste ongeval heeft de consument zich zeker voorgedaan dan dat hij was. Dit blijkt uit de omstandigheid dat hij in eerste instantie tegen de onderzoeker verklaarde dat hij voor het tweede ongeval geen klachten of beperkingen had en voor dat ongeval gewoon kon werken en sporten. Dit strookt niet met hetgeen de consument kort voor het ongeval in 2018 nog aangaf, namelijk dat hij vanwege het ongeval in 2016 in salaris achteruit was gegaan en dat hij nog steeds last had van zijn knie. Uit de eerdergenoemde medische informatie blijkt juist dat de knieklachten een gunstig beloop kenden. Daarnaast blijkt uit de stukken die de consument ter onderbouwing van zijn claim toestuurde dat zijn bruto-inkomen na het eerste ongeval is gestegen.
- 2.23 Dat de consument het eerste ongeval was vergeten is niet aannemelijk omdat er nog steeds om voorschotten werd gevraagd. Uit de verklaring van de consument dat hij advocaat I pas over het tweede ongeval heeft geïnformeerd nadat hem duidelijk was geworden dat de verzekeraar en Delta Lloyd dezelfde verzekeraar zijn en de omstandigheid dat hij in beide letselschadezaken dezelfde schadeposten claimde, volgt dat de consument meer schade heeft proberen te claimen dan waarop hij recht had. Bovendien is het opmerkelijk dat de consument voor de tweede letselschadezaak een andere belangenbehartiger heeft ingeschakeld, terwijl hij al een belangenbehartiger had die zijn situatie en dossier kent.
- 2.24 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister en het EVR geregistreerd voor de duur van zes jaar. Bij het vaststellen van de duur van de registratie hanteert de verzekeraar een zorgvuldig proces, waarbij proportionaliteit, subsidiariteit en de persoonlijke omstandigheden en belangen van de betrokkene worden meegewogen. Omdat de consument ten aanzien van beide claims een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven en zowel bij zijn belangenbehartigers als verzekeraar bewust informatie heeft achtergehouden als ook de aard van de claims (letselschade) en het risico op recidive, acht de verzekeraar de duur van de registratie van zes jaar proportioneel en gerechtvaardigd.
- 2.25 Ter zitting heeft de verzekeraar gemeld dat de consument alsnog de door de verzekeraar gemaakte (interne) onderzoekskosten van € 2.833,60 is verschuldigd.

De consument heeft daarop zijn vordering aangevuld met de eis dat zijn verschuldigheid van de door de verzekeraar gemaakte onderzoekskosten vervalt.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie ziet zich gesteld voor de vragen of (I) de verzekeraar de persoonsgegevens mocht registreren in het EVR en het Incidentenregister en de incidentenregistratie mocht melden aan het CBV, (II) de verzekeraar een aanvullende schadevergoeding aan de consument moet uitkeren vanwege het eerste ongeval, (III) de verzekeraar een schadevergoeding aan de consument moet uitkeren vanwege het tweede ongeval, en (IV) of de consument de door verzekeraar gevorderde (interne) onderzoekskosten moet betalen.

(I) Mag de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument registreren?

- 3.2 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument voor de duur van zes jaar opgenomen in het Incidentenregister en het EVR. Omdat opname van persoonsgegevens in het EVR ernstige gevolgen kan hebben voor de betrokkene, moeten hoge eisen worden gesteld aan de grond(en) die de financiële instelling daartoe aanvoert.¹ Artikel 5.2.1 van het Protocol (zie bijlage) bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Uit een uitspraak van de Hoge Raad volgt dat voor het registreren van persoonsgegevens in het EVR is vereist dat sprake is van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude door de betrokkene. Een strafrechtelijke veroordeling van de betrokkene is niet vereist.² Bovendien moet een proportionaliteitsafweging worden gemaakt en moet worden beoordeeld of op grond van deze gedragingen het opnemen in het Incidentenregister en het EVR gerechtvaardigd was en of de duur daarvan proportioneel is.

Heeft de consument gefraudeerd?

- 3.3 De commissie is van oordeel dat de consument tegenstrijdige verklaringen heeft afgelegd over zijn letsel door kort voor het tweede ongeval te claimen dat hij onder andere nog last had van zijn knie en hierdoor aanvullende studievertraging had en in salaris achteruit was gegaan. Dit is in tegenstelling tot zijn verklaring aan de tactisch onderzoeker van de verzekeraar tegen wie hij heeft verklaard dat hij voor het tweede ongeval totaal geen klachten had en gewoon kon werken en sporten. Overigens is namens de consument op de zitting ook bevestigd dat hij tegenstrijdige verklaringen over zijn klachten heeft afgelegd. Vervolgens is de vraag aan de orde of de consument met opzet om de verzekeraar te misleiden een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven.

- 3.4 De commissie overweegt dat de vraag van de onderzoeker die de consument onjuist heeft beantwoord duidelijk was.

¹ Zie Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, overweging 4.3.

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

Dat bij de consument geen misverstand bestond over het doel van de vraag blijkt ook uit zijn toelichting nadat hij eerst verklaarde totaal geen klachten te hebben. De consument zette dat antwoord namelijk kracht bij door te motiveren dat een 40-urige werkweek geen probleem voor hem was en hij voor het tweede ongeval nog aan kickboksen en indoor voetbal deed. Daarnaast heeft de consument zijn belangenbehartigers in eerste instantie niet over het andere ongeval geïnformeerd. In het tweede gesprek met de tactisch onderzoeker heeft de consument verklaard dat hij advocaat I wel moest informeren nadat hem duidelijk was geworden dat het in beide zaken om dezelfde verzekeraar gaat. Hieruit kan worden afgeleid dat de consument bewust informatie heeft achtergehouden en dat er dus geen sprake was van een vergissing. Dat de consument het eerste ongeval niet kan zijn vergeten blijkt ook uit de omstandigheid dat kort voor het tweede ongeval en nog daarna namens hem om een aanvullende bevoorschotting is gevraagd. Door informatie bij zijn belangenbehartigers en bij de verzekeraar achter te houden heeft de consument geprobeerd om (meer) letselschade te claimen dan waarop hij recht had. De commissie is daarom van oordeel dat de consument zich schuldig heeft gemaakt aan opzettelijke misleiding van de verzekeraar.

- 3.5 De commissie is van oordeel dat de registratie in het EVR gerechtvaardigd is. De verzekeraar heeft er een gerechtvaardigd belang bij om zijn medewerkers en andere maatschappijen voor het gedrag van de consument te waarschuwen. Dit belang weegt zwaarder dan de nadelige gevolgen die de consument hierdoor ondervindt bij het sluiten van nieuwe verzekeringen. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar in het EVR geregistreerd. De commissie is van oordeel dat de registratie proportioneel is omdat de consument bij beide ongevallen bewust een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven. De verzekeraar heeft de belangen van de consument meegewogen door niet te registreren voor de maximale duur van acht jaar maar voor een periode van zes jaar.
- 3.6 Gelet op het bovenstaande dient ook de registratie in het Incidentenregister te worden gehandhaafd. Het EVR is gekoppeld aan het Incidentenregister (artikel 5.1.1 van het Protocol). Dit brengt mee dat zolang registratie in het EVR terecht en proportioneel is, de gegevens ook in het Incidentenregister blijven staan. Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV). Omdat de incidentenregistratie terecht is, mag daarvan ook een melding aan het CBV worden gedaan. Voor het toewijzen van de vordering tot intrekking van de melding van de incidentenregistratie aan het CBV is derhalve geen grond aanwezig.

3.7 Vervolgens is de vraag aan de orde of de consument recht heeft op een (aanvullende) schadevergoeding. De grondslag van deze vordering is op artikel 6 Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen (WAM) gebaseerd. Dit betekent dat de vraag aan de orde is of de gevorderde schade voldoende is komen vast te staan, waarbij wordt opgemerkt dat bij de beoordeling van die vraag aan de verklaringen van de consument geen al te zwaar gewicht toekomt vanwege de fraude. Anders dan bij toepassing van artikel 7:941 lid 5 Burgerlijk Wetboek, brengt een frauduleuze claim van een derde-claimant die niet de verzekerde is, in dit geval de consument, in beginsel niet mee dat het recht op uitkering in zijn geheel vervalt.³

(II) Heeft de consument recht op een aanvullende schadevergoeding voor het eerste ongeval?

3.8 De consument stelt dat hij voor het ongeval dat op 22 oktober 2016 heeft plaatsgevonden recht heeft op een aanvullende vergoeding van de verzekeraar van € 30.000,00 vanwege materiële en immateriële schade. De verzekeraar betwist niet dat de consument knieklachten aan het ongeval heeft overgehouden en heeft de betalingen die hij hiervoor heeft gedaan daarom niet teruggevorderd. De verzekeraar is echter van mening dat hij de consument voldoende heeft gecompenseerd, althans dat de consument de geclaimde schade niet heeft onderbouwd. De commissie zal hierna eerst beoordelen of de consument recht heeft op een aanvullende vergoeding voor materiële schade en vervolgens zal zij bespreken of de consument recht heeft op een aanvullende vergoeding voor immateriële schade.

Materiële schadevergoeding voor het eerste ongeval (van 22 oktober 2016)

3.9 De commissie is van oordeel dat de consument geen recht heeft op een aanvullende vergoeding voor materiële schade voor het eerste ongeval. Uit het dossier blijkt dat de verzekeraar voorschotten heeft betaald voor de materiële schade van de consument door het eerste ongeval. Hoewel de consument claimt dat sprake is van aanvullende schade, heeft hij dit desgevraagd niet onderbouwd en ook acht de commissie dit op basis van het bij haar bekende dossier niet aannemelijk. In tegenstelling tot hetgeen de consument claimt, blijkt uit de loonstroken die zich in het dossier bevinden dat de consument na het eerste ongeval meer is gaan verdienen. Van schade door inkomensverlies is daarom geen sprake. De verzekeraar heeft de consument voor de studievertraging in 2016 gecompenseerd. Dat de consument nadien aanvullende studievertraging heeft opgelopen door het eerste ongeval acht de commissie op basis van het bij haar bekende dossier niet waarschijnlijk omdat zijn klachten een gunstig verloop kenden, geen fysiotherapie meer nodig was en tegen de achtergrond van gebleken onwaarheden in de verklaringen van de consument. Een causaal verband tussen de latere studievertraging en het eerste ongeval is dan niet aannemelijk.

³ Zie Hoge Raad van 6 juli 2018, ECLI:NL:HR:2018:1103.

- 3.10 Weliswaar heeft de consument een rekening van een fysiotherapeut voor € 526,42 overgelegd die de verzekeraar niet heeft vergoed, maar de consument heeft niet aannemelijk gemaakt dat die kosten zijn gemaakt vanwege het ongeval in 2016. De betreffende rekening is opgesteld voor verschillende behandelingen in de periode van 20 november 2018 tot en met 25 maart 2019. Uit de rekening kan niet worden opgemaakt voor welke klachten de consument is behandeld en derhalve ook niet of de behandelingen verband houden met klachten ten gevolge van het ongeval in 2016. Bovendien is het niet aannemelijk dat die kosten zijn gemaakt vanwege knieklachten, omdat de orthopedisch chirurg - na de operatie - op 10 juli 2017 heeft verklaard dat zich geen complicaties hebben voorgedaan. Daarbij heeft de fysiotherapeut waar de consument na de operatie bij heeft gerevalideerd, op 9 november 2017 verklaard dat de consument voor zijn knie niet in aanmerking komt voor aanvullende fysiotherapeutische behandelingen.
- 3.11 Het bovenstaande leidt tot het oordeel dat de verzekeraar de consument voldoende heeft gecompenseerd voor de materiële schade die het gevolg is van het eerste ongeval (van 22 oktober 2016). Vervolgens is de vraag aan de orde of de consument recht heeft op immateriële schadevergoeding voor het eerste ongeval.

Immateriële schadevergoeding voor het eerste ongeval

- 3.12 Omdat niet ter discussie staat dat de consument door het eerste ongeval lichamelijk letsel heeft opgelopen, namelijk knieklachten, heeft hij op grond van artikel 6:106 lid 1 sub b van het Burgerlijk Wetboek (BW) recht op immateriële schadevergoeding, zijnde smartengeld. Vast staat dat de verzekeraar voor de knieklachten nog geen smartengeld aan de consument heeft betaald. Deze immateriële schade dient de commissie naar billijkheid, rekening houdend met alle omstandigheden van het ongeval, te begroten.
- 3.13 Uit het medisch dossier blijkt niet dat er een percentage van blijvende invaliditeit bij de consument is vastgesteld. De door de medisch adviseur van de verzekeraar geadviseerde expertise is niet uitgevoerd en verder beschrijft de medisch adviseur slechts een mogelijk percentage van blijvende invaliditeit. Op basis van de bevindingen van de orthopeed en de fysiotherapeut waarbij de consument na de operatie heeft gerevalideerd is de commissie evenwel van oordeel dat aangenomen dient te worden dat maximaal sprake is van geringe tot matige speling in de knie. De commissie begroot daarom schattenderwijs dat volgens de AMA guides VI sprake is van 6 tot 7% blijvende invaliditeit. Gezien de leeftijd van de consument (thans 26 jaar), het letsel in combinatie met het beroep van de consument en de wisselende verklaringen die hij heeft afgelegd over de impact van het ongeval op zijn leven waardoor de commissie niet kan vaststellen wat de daadwerkelijk impact is, acht de commissie alles overziend een schadevergoeding van € 10.000,00 voor immateriële schade billijk. Dit bedrag dient de verzekeraar nog aan de consument te vergoeden.

(III) Heeft de consument recht op schadevergoeding voor het tweede ongeval (op 26 oktober 2018)?

3.14 Vervolgens is de vraag aan de orde of de consument recht heeft op schadevergoeding voor het tweede ongeval. De verzekeraar heeft ook bij het tweede ongeval de aansprakelijkheid van zijn verzekerde erkend. De verzekeraar heeft voor het tweede ongeval evenwel geen enkele schade vergoed.

3.15 De commissie is met de verzekeraar van oordeel dat door de tegenstrijdige verklaringen van de consument niet kan worden vastgesteld welke lichamelijke klachten en beperkingen hij werkelijk heeft en of deze het gevolg zijn van het tweede ongeval. De consument heeft immers kort na elkaar geclaimd dat hij nog steeds last had van het eerste ongeval en daardoor minder verdiende, terwijl hij kort daarna aan de tactisch onderzoeker heeft verklaard dat hij voor het tweede ongeval geen klachten had en gewoon kon sporten en werken. Los hiervan acht de commissie het niet geloofwaardig dat de consument lichamelijke klachten heeft overgehouden na een ongeval met een impact van 5 km/uur. Verder stelt de commissie vast dat de psychische klachten die de consument meent te hebben niet medisch zijn geobjectiveerd. Buiten de verklaring van de consument dat hij inderdaad psychische klachten heeft, bevinden zich in het dossier namelijk geen andere objectieve gegevens waaruit volgt dat hij als gevolg van het tweede ongeval psychische klachten heeft. De stukken van de huisarts en de psycholoog die in dat kader in het dossier zitten zijn alle gebaseerd op de verklaringen van de consument. Omdat vast staat dat de consument opzettelijk onjuiste informatie heeft gegeven met als doel een (hogere) schadevergoeding te ontvangen waarop hij geen recht heeft, is met enkel stukken die terug te voeren zijn op de eigen verklaringen van de consument onvoldoende aangetoond dat hij door het tweede ongeval daadwerkelijk psychische klachten heeft.⁴

3.16 Dit neemt echter niet weg dat tussen partijen niet ter discussie staat dat de auto van de consument door toedoen van de verzekerde van verzekeraar is beschadigd en dat de schade door een expert is vastgesteld op een bedrag van € 2.045,00. Deze schade dient de verzekeraar nog aan de consument te vergoeden. Dat de letselschadeclaim frauduleus is, doet hier niet aan af.

(IV) Moet de consument de (interne) onderzoekskosten van de verzekeraar betalen?

3.17 De door de consument gegeven opzettelijke onjuiste voorstelling van zaken kan worden gekwalificeerd als een onrechtmatige daad als bedoeld in artikel 6:162 BW. De consument is verplicht de schade te vergoeden die de verzekeraar als gevolg hiervan heeft geleden. De (interne) onderzoekskosten komen op grond van artikel 6:96 lid 2 sub b BW voor vergoeding in aanmerking als de verzekeraar op enigerlei wijze aantoont dat deze kosten daadwerkelijk zijn gemaakt als gevolg van de aan de consument verweten handelwijze.

⁴ Zie Hoge Raad van 6 juli 2018, ECLI:NL:HR:2018:1103, overweging 3.4.1.

Zie bijvoorbeeld de uitspraak GC Kifid 2019-575. De verzekeraar zal concreet moeten onderbouwen dat en hoe de kosten samenhangen met het fraudeonderzoek naar de consument.

- 3.18 Hoewel de verzekeraar de (intern) gemaakte kosten van € 2.833,60 heeft onderbouwd, is de commissie van oordeel dat hij deze niet alsnog mag verhalen op de consument. Het bedrag van € 2.833,60 is gebaseerd op € 2.116,78 aan intern gemaakte kosten en € 716,93 aan kosten voor het onderzoek door Ongevallen Analyse Nederland. Dat de verzekeraar voornemens is om deze kosten alsnog op de consument te verhalen heeft hij pas op de zitting duidelijk gemaakt. Dit acht de commissie te laat en derhalve in strijd met een goede procesorde. In de brief van 19 juni 2019 heeft de verzekeraar immers aan de consument meegedeeld dat hij de vordering voor de interne onderzoekskosten had gematigd naar een bedrag van € 532,00. De verzekeraar is dit bedrag niet gaan incasseren en heeft in zijn brief van 10 februari 2020 waarin hij verweer heeft gevoerd uitgelegd dat de consument die € 532,00 niet hoeft te betalen. Verder heeft de verzekeraar in die brief geschreven: “Voor de goede orde delen wij u mede dat de werkelijke kosten voor het onderzoek € 2.833,60 bedragen”. Dat de verzekeraar van mening is dat de consument alsnog de werkelijke onderzoekskosten is verschuldigd, heeft de verzekeraar derhalve pas ter zitting kenbaar gemaakt. De consument heeft zich hierop niet kunnen voorbereiden en is daardoor niet in de gelegenheid gesteld zich hiertegen te verweren. Dit terwijl de behandelend secretaris expliciet vragen aan de verzekeraar heeft gesteld over de (gevorderde) onderzoekskosten.

Slotsom

- 3.19 Het bovenstaande leidt tot de slotsom dat de verzekeraar nog een bedrag van € 10.000,00 in verband de letselschade door het eerste ongeval en een bedrag van € 2.045,00 in verband met de schade aan de auto van de consument door het tweede ongeval aan de consument dient te betalen. De consument hoeft de onderzoekskosten niet te betalen. De overige vorderingen wijst de commissie af. Omdat de consument heeft gefraudeerd heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mogen registreren in het EVR en het Incidentenregister voor een periode van 6 jaar en daarvan melding mogen maken aan het CBV.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar een bedrag van € 12.045,00 aan de consument vergoedt binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd. De commissie bepaalt ook dat de verzekeraar de consument niet kan aanspreken tot betaling van de (interne) onderzoekskosten. Voor het overige wijst de commissie de vorderingen van de consument af.

Deze uitspraak is een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

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.

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.”

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 vormden, vormen of kunnen een bedreiging vormen voor (I) de (financiële) belangen van cliënten en/of medewerkers van een Financiële instelling, alsmede de (Organisatie van de) Financiële instelling(en) zelf of (II) de continuïteit en/of de integriteit van de financiële sector.

b) In voldoende mate staat vast dat de betreffende (rechts)persoon betrokken is bij de onder a bedoelde gedraging(en). Deze vaststelling betekent dat van strafbare feiten in principe aangifte of klachten wordt gedaan bij een opsporingsambtenaar.

c) Het proportionaliteitsbeginsel wordt in acht genomen. 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.