

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr 2021-0484  
(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman, mr. A.M.T. Wigger,  
leden en mr. L.P. Stapel, secretaris)**

Klacht ontvangen op	: 13 november 2020
Ingediend door	: De consument
Tegen	: ASR Schadeverzekering N.V., gevestigd te Utrecht, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 28 mei 2021
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage	: Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

## **Samenvatting**

Fraude bij letselschadeclaim op WAM-verzekering. Registratie in het Incidentenregister, het Extern Verwijzingsregister, de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister. De consument is betrokken geweest bij een verkeersongeval en heeft de verzekeraar van de tegenpartij aansprakelijk gesteld voor zijn (letsel)schade. De verzekeraar heeft naar aanleiding van een feitenonderzoek de schaderegeling stopgezet en is van mening dat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid om een schadevergoeding te ontvangen waarop hij geen recht had. De commissie oordeelt dat sprake is van opzet tot misleiding. De verzekeraar mocht daarom de persoonsgegevens van de consument registreren en het betaalde voorschot terugvorderen. De onderzoekskosten en de buitengerechtelijke kosten hoeft de consument niet aan de verzekeraar terug te betalen. Vordering 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 om: 1) het door de vertegenwoordiger van de consument ingediende klachtformulier met begeleidende brief; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de vertegenwoordiger van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 1 april 2021. Op de hoorzitting was de consument aanwezig, samen met zijn vertegenwoordiger mevrouw mr. T.T.H.M. Bruers, advocaat. De verzekeraar was eveneens aanwezig.
- I.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

## 2. Het geschil

- 2.1 Op 27 februari 2017 is de consument betrokken geweest bij een verkeersongeval waarbij een verzekerde van de verzekeraar betrokken was. De consument heeft de verzekeraar op 22 maart 2017 aansprakelijk gesteld voor de door hem geleden en nog te lijden (letsel)-schade door dit ongeval. De verzekeraar heeft aansprakelijkheid erkend, waarna een schaderegelingstraject is opgestart. De consument is gedurende dit traject bijgestaan door (een) belangenbehartiger(s) van Sterk Letselschade (verder te noemen 'de belangenbehartiger').
- 2.2 De consument heeft bij de verzekeraar onder andere letselschade geclaimd, waaronder een vergoeding voor verlies aan verdienvermogen en een vergoeding voor het niet kunnen uitvoeren van huishoudelijke taken. Van de verzekeraar heeft hij een voorschot van € 2.000,- ontvangen.
- 2.3 Ter onderbouwing van het verlies aan verdienvermogen heeft de verzekeraar op 10 juli 2017 van de consument een werkgeversverklaring ontvangen van [naam werkgever]. De werkgeversverklaring is gedateerd op 12 juni 2017, is ondertekend en is voorzien van een bedrijfsstempel. In de werkgeversverklaring staat voor zover relevant het volgende:
- “De heer [de consument] (...) was bij in dienst in 01 februari 2017 . Hij werkte 3 dagen per week en hij zou meer dagen in gepland worden wegens drukte . De heer [de consument] werkte 6 uurtjes per dag voor een uurloon van €6,- dit bedrag is exclusief fooi van €20,- €30,- per dag.*
- De heer [de consument] heeft na het ongeval van februari 2017 tot nu toe niet kunnen werken door zijn aanhoudende klachten . Hierdoor heeft hij inkomsten misgelopen . Deze verklaring ben ik bereid om onder ede bij de rechter te herhalen.”*
- 2.4 Verder heeft de consument ter onderbouwing van zijn vordering een screenshot van een rekeningoverzicht overgelegd. Hierop is onder andere te zien dat er op de bankrekening van de consument eind juni/begin juli een bedrag van € 615,- is ontvangen van [naam onderneming] BV.
- 2.5 Op 18 oktober 2017 heeft tussen de consument en de schaderegelaar van de verzekeraar een intakegesprek plaatsgevonden op het kantoor van de belangenbehartiger van de consument. Van dit gesprek is een rapport opgesteld.

In het rapport is – voor zover relevant – het volgende opgenomen:

*“Betrokkene verklaarde eerder bij een andere aanrijding betrokken te zijn geweest ( begin 2017 ). Deze letselschade is ná 27-02-2017 afgewikkeld met WA-verzekeraar All Secure. Ook toen trad Sterk Letselschade op als belangenbehartiger. [naam ex-werknemer] ( inmiddels ex-werknemer Sterk letselschade ) heeft dit verzuimd te melden in zijn bezoekverslag.*

*(...)*

*I.t.t. eerdere berichtgeving heeft betrokkene sinds het ongeval niet meer gewerkt. Vanaf dat moment heeft hij ook geen bron van inkomsten meer gehad.”*

- 2.6 Bij brief van 14 december 2017 heeft de belangenbehartiger van de consument aan de verzekeraar voorgesteld om de schade pragmatisch op te lossen door betaling van een bedrag van € 7.217,50. Hieronder is begrepen een bedrag van € 2.052,- voor verlies van arbeidsvermogen, een bedrag van € 595,- voor huishoudelijke hulp en € 3.500,- smartengeld.
- 2.7 Op 5 januari 2018 heeft de verzekeraar van Achmea een brief ontvangen waarin wordt gemeld dat de consument op 8 oktober 2017 bij een verkeersongeval betrokken is geweest. Omdat de consument bij meerdere schadeclaims betrokken blijkt te zijn geweest, heeft de verzekeraar een onderzoek ingesteld. Om de bij hem geclaimde letselschade van de consument te kunnen beoordelen, heeft de verzekeraar met toestemming van de consument informatie opgevraagd bij vijf andere verzekeraars waarbij de consument betrokken is geweest met (letsel)schadeclaims. De verzekeraar heeft vervolgens van een van de andere verzekeraars dezelfde werkgeversverklaring van [naam werkgever] van 12 juni 2017 ontvangen. Deze werkgeversverklaring had de consument ook bij die schadeclaim ingediend.
- 2.8 In het kader van een onderzoek heeft Allianz een particuliere onderzoeker van Dekra ingeschakeld. De eigenaar van [naam werkgever] heeft op 25 januari 2018 – voor zover relevant - het volgende aan de onderzoeker verklaard:

*“ U toont mij een verklaring d.d. 12 juni 2017. De verklaring zou gaan over een werknemer De heer [de consument]. Hij zou door een ongeval in het verkeer niet meer in staat zijn om de werkzaamheden in dienst van uw bedrijf uit te voeren. U vraagt mij of dit document door mij is opgemaakt en ondertekend.*

*Ik verklaar u dat dit document niet door mij is opgesteld en ondertekend. Ik kan u ook zeggen dat ik deze persoon niet in mijn administratiebestand heb staan.*

*U vraagt mij wat ik ervan vindt. Ik kan u zeggen dat ik het absurd vind. U vraagt mij ook wat ik ermee ga doen. Ik ga politieaangifte doen, want deze brief is valselijk opgemaakt.”*

- 2.9 Per brief van 28 februari 2019 heeft de verzekeraar een voorlopig standpunt ingenomen, wat er kort gezegd op neerkomt dat de verzekeraar van mening is dat de consument heeft geprobeerd een schadevergoeding te krijgen waar hij geen recht op heeft. Op 10 april 2019 heeft de consument hierop gereageerd en heeft hij screenshots van een WhatsApp gesprek tussen hem en '[X]' over de periode tussen 4 april 2017 en 4 mei 2017 overgelegd, waarin – voor zover relevant – het volgende is opgenomen:

*“3 april 2017*

*Aj: Vandaag 6 hé*

*Aj: Nier vergeten*

*C: Yes*

*4 april 2017*

*Aj: Wil je werken vandaag (...)*

*C: Kan niet*

*5 april 2017*

*C: (...) 9u moet k weggaan he dat je het weet*

*Aj: Hoe bedoel je weg*

*Aj: Als er werk te doen wordt er gewoon gewerkt*

*C: Ik moet weg*

*12 april 2017*

*C: Je belde?*

*Aj: Ja*

*Aj: Wisselgeld van deboodschappen*

*C: Oh klopt*

*(...)*

*21 april 2017*

*Aj: Als je niemand heb dan ben je er gewoon*

*C: Ik heb bruilofd*

*(...)*

*C: (...) wat nu*

*(...)*

*Aj: Gewoon werken*

*C: Ik kan niet”*

- 2.10 Bij brief van 27 november 2019 heeft de verzekeraar de consument op de hoogte gesteld van zijn definitieve standpunt dat de consument opzettelijk onjuiste informatie heeft verstrekt en een onjuist beeld heeft geschapen met als doel het ontvangen van een schadevergoeding waar geen recht op bestaat. Om deze reden heeft de verzekeraar de schaderegeling stopgezet. Daarnaast heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar geregistreerd in het Incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister (hierna 'EVR'). Van de registratie in het Incidentenregister heeft de verzekeraar het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (verder te noemen 'CBV') in kennis gesteld. Bij verweer heeft de verzekeraar kenbaar gemaakt dat de persoonsgegevens van de consument ook zijn geregistreerd in de Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde Intern Verwijzingsregister (hierna 'IVR') voor de duur van acht jaar. Tenslotte heeft de verzekeraar een bedrag van € 10.358,79 teruggevorderd van de consument. Dit bedrag bestaat uit betaalde voorschotten aan de consument, buitengerechtelijke kosten, advocaatkosten en interne onderzoekskosten.
- 2.11 De consument heeft per brief van 16 januari 2020 een klacht ingediend bij de verzekeraar omdat hij het niet eens is met de bevindingen van de verzekeraar en de gevolgen die daaraan zijn verbonden. De verzekeraar heeft gedurende de interne klachtenprocedure informatie opgevraagd bij de belangenbehartiger van de consument. De belangenbehartiger heeft de opgevraagde informatie niet verstrekt. De verzekeraar heeft per brief van 26 augustus 2020 gereageerd op de klacht van de consument en de klacht ongegrond verklaard. Op 12 november 2020 heeft de consument een klacht ingediend bij het Kifid.

#### *De klacht en vordering*

- 2.12 De consument vordert doorhaling van de registraties van zijn persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR. Ook vordert hij dat de verzekeraar de melding bij het CBV intrekt en dat de consument de gevorderde kosten van € 10.358,79 niet hoeft te betalen. Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument de volgende argumenten aangevoerd.
- 2.13 Er is geen sprake van opzettelijke misleiding. De consument heeft zijn belangenbehartiger(s) bij Sterk Letselschade destijds op de hoogte gesteld van het ongeval op 1 februari 2017 en van de keren dat hij heeft geprobeerd zijn werk te hervatten bij [naam werkgever] en de werkzaamheden die hij voor [naam onderneming] heeft verricht. Zijn belangenbehartiger heeft dit kennelijk niet doorgegeven aan de verzekeraar. Dat de door de consument aan zijn belangenbehartiger verstrekte informatie niet is doorgegeven aan de verzekeraar kan de consument niet worden verweten. Daar komt bij dat de consument in bewijsnood verkeert, omdat Sterk Letselschade weigert zijn dossier aan hem te geven. Door zijn vorige belangenbehartiger(s) is hij nu dus in de problemen gekomen.

- 2.14 De consument heeft de werkgeversverklaring van [naam werkgever] niet vervalst. Hij heeft wel degelijk voor [naam werkgever] gewerkt. Dat de eigenaar van [naam werkgever] dit ontkent, heeft er volgens de consument mee te maken dat hij daar niet wit werkte en de eigenaar van [naam werkgever] niet in de problemen wilde komen. Dat de consument bekend is bij de eigenaar van [naam werkgever] volgt ook uit de WhatsApp-berichten. Ter zitting heeft de consument verder nog verklaard dat het wel de bedoeling was dat hij bij [naam werkgever] in dienst zou treden, maar dat dit niet is doorgegaan door het ongeval. De werkzaamheden die hij voor [naam werkgever] heeft verricht, deed hij vrijwillig. Hij kreeg contant betaald.
- 2.15 Omdat er geen sprake is van opzet tot misleiding mogen de persoonsgegevens van de consument niet worden opgenomen in de verschillende registers. De persoonsgegevens van de consument mogen bovendien niet worden opgenomen in het IVR en de Gebeurtenissen-administratie omdat de belangen van de consument zwaarder wegen dan de belangen van de verzekeraar. De consument wordt beperkt in zijn handelen terwijl de vermeende onjuiste gedragingen van de consument niet aan hem zijn toe te rekenen.
- 2.16 Tenslotte heeft de consument aangevoerd dat hij de door de verzekeraar gevorderde kosten niet hoeft te betalen omdat er geen sprake is van opzet tot misleiding. De verzekeraar heeft de schadeposten ook niet nader onderbouwd en de advocaatkosten zijn aanmerkelijk hoog.

#### *Het verweer*

- 2.17 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd. De consument heeft de verzekeraar opzettelijk misleid hetgeen blijkt uit de volgende punten:
- 1) de consument heeft niet aan de verzekeraar laten weten dat hij ook op 1 februari 2017 betrokken is geweest bij een ongeval waarvoor hij een andere verzekeraar aansprakelijk heeft gesteld. Ten aanzien van dit ongeluk heeft de consument letselschade, verlies aan verdienvermogen en kosten voor huishoudelijke hulp geclaimd. Diezelfde kostenposten heeft hij geclaimd met betrekking tot het ongeval van 27 februari 2017, waarbij hij het beeld geschapen heeft dat al zijn schade is ontstaan door het ongeval van 27 februari 2017.
  - 2) de consument heeft op 10 juli 2017 en 18 oktober 2017 valselijk verklaard dat hij sinds het ongeval van 27 februari 2017 niet meer heeft kunnen werken. Uit WhatsApp-berichten volgt daarentegen dat de consument op 3, 5 en 12 april 2017 wel gewerkt heeft voor [naam werkgever] en dat hij op 21 april 2017 zou gaan werken, maar afzegde. Daarnaast volgt uit een bankafschrift van de consument dat hij in de periode mei/juni 2017 heeft gewerkt voor [naam onderneming]. Ten tijde van het ongeval dat de consument heeft gehad op 8 oktober 2017 was hij werkzaam als taxichauffeur voor dit bedrijf.

3) de consument heeft een valse werkgeversverklaring overgelegd van [naam werkgever]. Dit volgt uit de schriftelijke verklaring van de eigenaar van [naam werkgever] waarin hij schrijft dat de werkgeversverklaring niet door hem is opgesteld en ondertekend en dat de consument ook niet voorkomt in zijn administratie.

- 2.18 Omdat sprake is van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude mocht de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument opnemen in het Incidentenregister en het EVR. Bij het bepalen van de duur van de registratie heeft de verzekeraar meegewogen dat de consument medische klachten en/of beperkingen als gevolg van het ongeval op 27 februari 2017 heeft overdreven. De consument heeft namelijk gedaan alsof hij niet kon werken, terwijl hij in werkelijkheid wel gewerkt heeft. Ook heeft de verzekeraar meegewogen dat sprake is van een fors financieel belang, nu de consument volledige arbeidsongeschiktheid heeft geclaimd over bijna een jaar. Als derde punt hecht de verzekeraar belang aan de valse werkgeversverklaring die door de consument is ingediend. Op basis hiervan is overgegaan tot een registratie voor de duur van acht jaar.
- 2.19 Op basis van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars (verder te noemen 'GVPV') heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. De feiten en omstandigheden rondom de letselschadeclaim van 27 februari 2017 kunnen worden aangemerkt als een gebeurtenis in de zin van de GVPV. Een lichtere maatregel dan de registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR om de eigen organisatie te waarschuwen is niet beschikbaar, zodat aan het beginsel van subsidiariteit is voldaan. Bij de proportionaliteitsafweging heeft de verzekeraar meegewogen dat de registraties intern zijn en de consument door de registratie in het IVR niet wordt belemmerd in zijn mogelijkheden om bij andere verzekeraars een verzekering af te sluiten.
- 2.20 Over de gevorderde kosten voert de verzekeraar tenslotte aan dat deze kosten niet zouden zijn gemaakt als de consument een terechte claim had ingediend. De kosten zijn opgelopen door het verweer van de consument. De kosten van het advocatenkantoor en de interne kosten zijn onderbouwd met urenspecificaties en komen voor vergoeding in aanmerking op grond van artikel 6:162 en artikel 6:96 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (hierna 'BW').

### **3. De beoordeling**

#### *Inleiding*

3.1 De commissie moet beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren in het EVR, het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het IVR en of de verzekeraar het CBV mocht informeren over de registratie in het Incidentenregister. Daarnaast moet de commissie beoordelen of de consument de (onderzoeks)kosten en het voorschot aan de verzekeraar moet (terug)betalen.

#### *Juridisch kader*

3.2 De beoordeling van de registratie van de persoonsgegevens van de consument in het EVR en het Incidentenregister dient plaats te vinden aan de hand van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013 (hierna: 'het Protocol').

3.3 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 op grond van artikel 5.2.1 onder a en b, een strafrechtelijke veroordeling van de betrokkene niet is vereist. Wel is een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van fraude door de betrokkene vereist.<sup>1</sup> Tenslotte moet het proportionaliteitsbeginsel in acht worden genomen (zie art. 5.2.1 onder c van het Protocol). Vastgesteld moet worden dat het belang van opname in het EVR prevaleert boven de mogelijk nadelige gevolgen daarvan voor de betreffende persoon. In dit verband is ook de door de verzekeraar gekozen duur van de opname van de persoonsgegevens in het EVR van belang.

#### *Zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van fraude*

3.4 De vraag is of de door de verzekeraar gestelde feiten een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude (opzet tot misleiding) opleveren en de verzekeraar dus tot de registraties mocht overgaan.

3.5 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar op goede gronden tot zijn oordeel heeft kunnen komen dat de consument hem opzettelijk heeft misleid. Hiervoor is het volgende redengevend.

3.6 De consument heeft tijdens het gesprek met de schaderegelaar van verzekeraar op 18 oktober 2017 verklaard dat hij sinds het ongeval niet meer heeft gewerkt en dat hij vanaf dat moment geen bron van inkomsten meer heeft gehad.

---

<sup>1</sup> Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720, overweging 4.4.



Na dit gesprek heeft de belangenbehartiger van de consument een voorstel aan de verzekeraar gedaan om de schadeclaim pragmatisch op te lossen. In dit voorstel is onder andere een bedrag voor verlies aan verdienvermogen opgenomen. Uit WhatsApp-gesprekken tussen de consument en '[X]' volgt dat de consument in april 2017 gewerkt heeft. In deze gesprekken is namelijk te lezen dat de consument in het WhatsApp gesprek met 'ja' antwoordt op de mededeling van '[X]' dat hij op 3 april 2017 moet werken. Ook laat de consument op 5 april 2017 weten dat hij om 21.00 uur weg moet. Verder volgt uit het WhatsApp gesprek dat de consument in april 2017 boodschappen heeft gedaan voor '[X]'. Daarnaast blijkt uit een bankafschrift van de consument dat hij eind juni/begin juli 2017 een bedrag van € 615,- ontvangen heeft van [naam onderneming] BV. Tijdens de Kifid-procedure heeft de consument aangevoerd dat hij geprobeerd heeft om te werken bij [naam werkgever], maar dat dit niet is gelukt door zijn letsel. Dit werk deed hij op vrijwillige basis. Over [naam onderneming] BV heeft de consument verklaard dat hij daar inderdaad heeft gewerkt. Dit, omdat hij een te groot verlies aan verdienvermogen wilde compenseren. De commissie stelt allereerst, op basis van de stukken en de verklaring van de consument, vast dat hij bij [naam onderneming] heeft gewerkt. In dit verband wijst de commissie er nog op dat de consument op 8 oktober 2017 als taxichauffeur van [naam onderneming] B.V. betrokken is geweest bij een verkeersongeval. Ten aanzien van het werk bij [naam werkgever] merkt de commissie op dat de consument hierover verschillende verklaringen heeft afgelegd. Zo heeft hij tijdens de procedure verklaard dat hij met goedkeuring van zijn belangenbehartiger heeft geprobeerd om weer aan het werk te gaan. Ter zitting heeft hij verklaard dat hij op vrijwillige basis bij [naam werkgever] werkte. De verklaringen die de consument heeft gegeven op dit punt acht de commissie in het licht van de overige stukken in het dossier niet geloofwaardig, waarbij de commissie grote waarde hecht aan het feit dat de consument op 18 oktober 2017 tegen de schaderegelaar van de verzekeraar heeft gezegd dat hij sinds het ongeval helemaal niet meer heeft gewerkt en dat hij vanaf dat moment geen inkomsten heeft gehad. Ten aanzien van de overgelegde werkgeversverklaring van [naam werkgever] oordeelt de commissie dat deze valselijk is opgemaakt. De eigenaar van [naam werkgever] heeft verklaard dat hij de werkgeversverklaring niet heeft opgesteld en ondertekend. Hiertegenover heeft de consument niets gesteld, bijvoorbeeld in de vorm van salarisspecificaties of loonbetalingen, waaruit blijkt dat hij voor het ongeval wel degelijk bij [naam werkgever] in dienst was. Voor zover de consument met zijn argument dat hij contant uitbetaald kreeg, heeft willen duidelijk maken dat hij zijn inkomsten uit werk niet kan onderbouwen, kan hem dit niet baten.

- 3.7 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument de verzekeraar opzettelijk onjuiste informatie heeft verstrekt en daarmee een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Zodoende heeft de consument de verzekeraar opzettelijk misleid met als doel het ontvangen van een schadevergoeding waar hij geen recht op heeft.

- 3.8 Samenvattend is de commissie dan ook van oordeel dat sprake is van een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van fraude. Daarmee is voldaan aan de eerste vereisten die voor opname in het EVR gelden.

*De proportionaliteitstoets*

- 3.9 Op grond van artikel 5.2.1 sub c van het Protocol dient de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het EVR een proportionaliteitsafweging te maken. Hij moet bij de beoordeling van de vraag of hij gegevens in het EVR registreert, en zo ja, voor welke duur, de belangen van de betrokkene meewegen. De betrokkene die verwijdering of verkorting van de registratieduur van zijn persoonsgegevens verlangt, moet onderbouwen op grond waarvan hij meent disproportioneel in zijn belangen te zijn geschaad en waarom zijn belang prevaleert boven dat van de verzekeraar c.q. de financiële sector.
- 3.10 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het EVR. De consument heeft geen feiten en omstandigheden aangevoerd die zouden moeten leiden tot een verkorting van de duur van de registratie.
- 3.11 Wat betreft de proportionaliteitsafweging overweegt de commissie als volgt. De commissie begrijpt dat de registratie nadelige gevolgen heeft of kan hebben voor de consument. Gelet op de feiten en omstandigheden van deze zaak weegt het belang van de financiële sector bij registratie van de persoonsgegevens van de consument in dit geval echter zwaarder dan het belang van de consument bij niet registreren van zijn persoonsgegevens. Daarbij is de commissie niet gebleken van enige omstandigheid die tot een kortere duur van de registratie zou moeten leiden. De commissie dan ook van oordeel dat een registratieduur van acht jaar proportioneel is.

*Registratie in het Incidentenregister en de melding aan het CBV*

- 3.12 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument voor de duur van acht jaar opgenomen in het Incidentenregister. 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 mogen blijven staan. De registratie in het EVR is voor de duur van acht jaar geplaatst. Dit betekent dat de gegevens ook voor die periode in het Incidentenregister staan.
- 3.13 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij het CBV. Omdat de registratie in het Incidentenregister gehandhaafd mag blijven, bestaat geen aanleiding om te bepalen dat de melding daarvan aan het CBV moet worden ingetrokken.

*Registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR*

- 3.14 Wat betreft de beantwoording van de vraag of de verzekeraar op terechte gronden tot registratie in het IVR (dat aan de Gebeurtenissenadministratie is gekoppeld) mocht overgaan wordt het volgende overwogen.
- 3.15 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument opgenomen in zijn interne registers, de Gebeurtenissenadministratie en het daaraan gekoppelde IVR omdat de verzekeraar van mening is dat sprake is van fraude. 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 Verzekeraar op deze informatie opmerkzaam worden gemaakt.
- 3.16 Hiervoor heeft de commissie overwogen dat de genoemde feiten en omstandigheden de opname in de registers met externe werking rechtvaardigen. Nu aan de registratie in de interne registers hetzelfde feitencomplex ten grondslag ligt en deze registratie minder vergaand is, heeft de verzekeraar de gegevens ook in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen opnemen voor de duur van acht jaar. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de gevolgen van vermelding in deze registers beperkt zijn, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de desbetreffende financiële instelling.

*De door de verzekeraar van de consument gevorderde kosten*

- 3.17 Tenslotte zal de commissie beoordelen of de verzekeraar zijn vordering op de consument tot betaling van € 10.358,79 moet intrekken. Dit bedrag bestaat uit reeds betaalde voorschotten, buitengerechtelijke kosten, advocaatkosten en interne onderzoekskosten, onder aftrek van een bedrag van € 4.717,04 als vergoeding van schade en buitengerechtelijke kosten.
- 3.18 In artikel 6:162 van het Burgerlijk Wetboek (verder 'BW') staat dat degene die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt die hem kan worden toegerekend, verplicht is de schade die de ander daardoor lijdt te vergoeden. De verzekeraar heeft aangevoerd dat hij door het onrechtmatige handelen van de consument schade heeft geleden. De verzekeraar heeft de coördinator fraudebeheersing ingeschakeld en later ook het advocatenkantoor Ekelmans & Meijer om het onrechtmatig handelen van de consument te onderzoeken en aan te tonen. De verzekeraar vordert de daarvoor gemaakte kosten van de consument. Ook vordert de verzekeraar vergoeding van de buitengerechtelijke kosten en terugbetaling van het door hem onverschuldigd betaalde voorschot. De consument is het hier niet mee eens.

3.19 In de overwegingen 3.6 en 3.7 heeft de commissie geoordeeld dat de consument heeft gefraudeerd. Daarmee staat naar het oordeel van de commissie vast dat de consument onrechtmatig heeft gehandeld jegens de verzekeraar. Deze onrechtmatige gedraging kan aan de consument toegerekend worden, zodat de consument in beginsel ook gehouden is de schade die de verzekeraar daardoor geleden heeft te vergoeden.

#### *De advocaatkosten*

3.20 De verzekeraar heeft de door hem teruggevorderde advocaatkosten onderbouwd met diverse nota's en de urenspecificaties die daarbij horen. Verder blijkt uit het dossier dat de verzekeraar op 18 april 2019 het dossier van de consument heeft voorgelegd aan het advocatenkantoor. Vanaf dat moment heeft het advocatenkantoor volgens de verzekeraar dossieronderzoek gedaan, juridisch advies gegeven en gecorrespondeerd met de belangenbehartiger van de consument om het onrechtmatig handelen van de consument te onderzoeken en vast te stellen. Op 28 februari 2019 was de verzekeraar echter al tot het voorlopig standpunt gekomen dat sprake was van fraude. De verzekeraar heeft aangevoerd dat hij het advocatenkantoor heeft ingeschakeld nadat de belangenbehartiger van de consument verweer had gevoerd tegen het voorlopige standpunt. Zonder nadere onderbouwing van de verzekeraar kan de commissie echter niet vaststellen dat de advocaatkosten redelijke kosten zijn in het kader van het vaststellen van de schade en/of aansprakelijkheid. Het is de commissie niet duidelijk welk onderzoek het advocatenkantoor nog gedaan heeft wat voor de verzekeraar van belang was om zijn uiteindelijke standpunt te bepalen. Daarbij merkt de commissie ook op dat uit een van de urenspecificaties blijkt dat het advocatenkantoor al vanaf 4 maart 2019 tijd heeft geregistreerd voor verrichte werkzaamheden, terwijl de verzekeraar heeft gesteld dat het kantoor pas op 18 april 2019 is ingeschakeld. De commissie is dan ook van oordeel dat de advocaatkosten niet door de consument vergoed hoeven te worden.

#### *De interne onderzoekskosten*

3.21 De verzekeraar heeft ook interne kosten tot een bedrag van € 532,- bij de consument in rekening gebracht. Ook ten aanzien van deze kosten is de commissie van oordeel dat dit niet terecht is. De interne onderzoekskosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als de verzekeraar aantoont dat deze kosten daadwerkelijk zijn gemaakt als gevolg van de aan de consument verweten onrechtmatige daad. Daarbij geldt dat de verzekeraar niet kan volstaan met te stellen dat het gaat om een gebruikelijk bedrag. De verzekeraar zal concreet moeten onderbouwen dat en hoe de kosten samenhangen met het fraudeonderzoek tegen de consument.

3.22 De verzekeraar heeft een urenverantwoording overgelegd. Uit de urenverantwoording blijkt echter niet op welk moment de verzekeraar de genoemde werkzaamheden heeft verricht.

Ook blijkt niet tegen welk uurtarief die werkzaamheden zijn verricht en hoe deze zijn verdisconteerd in het bedrag van € 532,-. De enkele stelling dat de verzekeraar onderzoekskosten heeft gemaakt welke hij niet had gemaakt als de consument geen onjuiste voorstelling van zaken had gegeven, kan geen voldoende onderbouwing van de omvang van de vordering van de verzekeraar opleveren. De conclusie is dat de consument niet kan worden gehouden tot terugbetaling van de interne onderzoekskosten.

#### *De buitengerechtelijke kosten*

3.23 Verder is de commissie van oordeel dat de consument de buitengerechtelijke kosten ook niet hoeft te betalen. Deze kostenpost heeft de verzekeraar op geen enkele wijze onderbouwd en komt daardoor niet voor een verdere beoordeling op grond van artikel 6:96 lid 2 sub b BW in aanmerking.

#### *Het voorschot*

3.24 De verzekeraar heeft aan de consument een voorschot van € 2.000,- betaald en wil dat de consument daarvan € 1.500,- terugbetaalt. In de overwegingen 3.6 en 3.7 staat dat de commissie van oordeel is dat de consument de verzekeraar opzettelijk onjuiste informatie heeft verstrekt en daarmee een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met als doel het ontvangen van een schadevergoeding waar hij geen recht op heeft. Buiten de verklaring van de consument dat hij inderdaad schade heeft geleden, bevinden zich in het dossier geen andere objectieve gegevens waaruit blijkt dat de consument inderdaad vermogensschade heeft geleden als gevolg van het ongeval. De stukken die in dit kader door Sterk Letselschade zijn opgesteld, zijn alle gebaseerd op de verklaringen van de consument, zodat deze niet zonder meer als bewijs voor het bestaan van de schade kunnen gelden. De commissie is dan ook van oordeel dat de consument zijn schade onvoldoende heeft aangetoond en dat hij het aan hem betaalde voorschot zonder rechtsgrond heeft ontvangen.<sup>2</sup>

#### *Conclusie*

3.25 De klacht van de consument is deels gegrond.

---

<sup>2</sup> Vergelijk ook Hoge Raad 6 juli 2018, ECLI:NL:HR:2018:1103. r.o. 3.4.2.

#### **4. De beslissing**

De commissie beslist:

- dat de verzekeraar zijn vorderingen inzake de advocaatkosten van € 7.326,79 en de interne onderzoekskosten van € 532,- intrekt.

De commissie wijst de vorderingen voor het overige af.

*Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als 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 schriftelijk 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. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website [www.kifid.nl/reglementen-en-statuten](http://www.kifid.nl/reglementen-en-statuten).*

## **Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving**

### **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**

### **5.1 Functie van het Extern Verwijzingsregister**

5.1.1 Volledige en ongecontroleerde toegang tot het Incidentenregister van een Deelnemer door de overige Deelnemers is niet wenselijk. Daarom is er voor gekozen aan het Incidentenregister een Extern Verwijzingsregister te koppelen. In het Extern Verwijzingsregister zijn uitsluitend Verwijzingsgegevens opgenomen. Het Extern Verwijzingsregister is raadpleegbaar door de (Organisaties van de) Deelnemers. Nadat door een Deelnemer wordt vastgesteld dat een (rechts)persoon is opgenomen in het Externe Verwijzingsregister, zijn volgens het bepaalde in artikel 4.2 Protocol gegevens uit het Incidentenregister voor de Deelnemer beschikbaar. Op deze wijze worden gegevens uit het Incidentenregister op een zorgvuldige en gecontroleerde wijze beschikbaar voor de (Organisaties van de) Deelnemers.

### **5.2 Vastlegging van gegevens in het Extern Verwijzingsregister**

5.2.1 De Deelnemer dient de Verwijzingsgegevens van (rechts)personen die aan de hierna onder a en b vermelde criteria voldoen en 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.

## **Relevante bepalingen uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018**

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

### **3. Beginselen**

#### **3.1 Algemeen**

*3.1.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving. Zij respecteren de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en vertrouwelijkheid en verwerken Persoonsgegevens op een transparante, behoorlijke en zorgvuldige wijze.*

#### **3.2 Grondslagen verwerking**

*3.2.1 Verzekeraars baseren iedere Verwerking van Persoonsgegevens op een in geldende wet- en regelgeving opgenomen grondslag. De Gedragscode bevat een nadere uitwerking van rechtmatige grondslagen uit wet- en regelgeving voor Verwerkingen van Persoonsgegevens door Verzekeraars.*

#### **3.3 Verzameling Persoonsgegevens**

*3.3.1 Verzekeraars verzamelen Persoonsgegevens voor welbepaalde en uitdrukkelijk omschreven doeleinden. In de Gedragscode staat een aantal van deze doeleinden verder uitgewerkt in artikel 4. Daarnaast kunnen Verzekeraars in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving Persoonsgegevens Verwerken op grond van andere doeleinden. Verzekeraars omschrijven de doeleinden van Verwerkingen en de bronnen van Persoonsgegevens in een privacybeleid.*

### **4. Doeleinden**

#### **4.1 Algemeen**

*4.1.1 Verzekeraars beschrijven de doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens in hun privacybeleid. Artikel 4 werkt veelvoorkomende doeleinden voor de Verwerking van Persoonsgegevens door Verzekeraars nader uit.*

*4.1.2 Verzekeraars voeren een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (hierna DPIA) uit als bedoeld in artikel 7.4, zodra zij Persoonsgegevens verder verwerken voor andere doeleinden dan beschreven in het privacybeleid en deze verdere verwerking, gelet op de aard, de omvang, de context en de doeleinden daarvan waarschijnlijk een hoog risico inhoudt voor de rechten en vrijheden van natuurlijke personen. Deze verdere Verwerking van Persoonsgegevens is alleen geoorloofd als het nieuwe doel verwant is aan het oorspronkelijke doel van de Verwerking en als de aard van de Persoonsgegevens en de gevolgen voor de Betrokkene zich niet tegen verdere Verwerking verzetten. Verzekeraars informeren de Betrokkene over de nieuwe Verwerking van Persoonsgegevens in overeenstemming met afdeling 6 van de Gedragscode.*

*(...)*

#### **4.5 Integriteit en veiligheid dienstverlening**

4.5.1 Verzekeraars verwerken Persoonsgegevens om de integriteit en veiligheid van (de dienstverlening van) de Verzekeraar, de Groep waartoe de Verzekeraar behoort en van de verzekeringsbranche te waarborgen. Zij treffen daartoe maatregelen, waaronder het (laten) uitvoeren van een interne audit en het inrichten van een Incidentenregister en eventuele deelname aan andere waarschuwingssystemen.

4.5.2 Een audit richt zich op het handelen van Verzekeraars of ingeschakelde Derden. De Verzekeraars treffen passende waarborgen ter bescherming van Persoonsgegevens van de Betrokkene gedurende het onderzoek van de Verzekeraar of ingeschakelde Derden. Een auditverslag bevat geen Persoonsgegevens.

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

#### **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 Gebeurtenisadministratie 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 roeyementen, 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>.*

## **Relevante bepalingen uit boek 6 van het Burgerlijk Wetboek**

### **Artikel 96**

#### **1.**

*Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.*

#### **2.**

*Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:*

**a.** *redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;*

**b.** *redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;*

**c.** *redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.*

### **Artikel 162**

#### **1.**

*Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.*

#### **2.**

*Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.*

#### **3.**

*Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.*