

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0795
(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman,
drs. J.H. Paulusma-de Waal, arts, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 20 oktober 2020
Ingediend door : De consument
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te 's-Gravenhage, verder te noemen
de verzekeraar
Datum uitspraak : 8 september 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering afgewezen
Bijlage : Toelichting gezondheidsverklaring 2011, toelichting gezondheidsverklaring 2016,
relevante wetsartikelen, relevante artikelen uit het Protocol
Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013 en
Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018.

Samenvatting

De consument heeft een beroep gedaan op haar arbeidsongeschiktheidsverzekering omdat zij als gevolg van een hernia en daarmee samenhangende vermoeidheidsklachten niet kan werken. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen en onderzoek gedaan naar de medische klachten. Op basis van de medische informatie in het dossier heeft de verzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht bij het sluiten van de verzekering in 2011 opzettelijk heeft geschonden door geen melding te maken van diverse klachten. De commissie is het met de verzekeraar eens dat de consument meerdere klachten niet heeft gemeld op de gezondheidsverklaring in 2011 en vanwege het feit dat zij vlak voor het invullen van de gezondheidsverklaring nog onder behandeling stond of medicatie kreeg voor een aantal klachten, zij deze klachten opzettelijk niet heeft gemeld om zo een verzekering tot stand te brengen die anders niet zou zijn gesloten. De verzekeraar heeft de uitkering mogen beëindigen, de reeds betaalde uitkeringen mogen terugvorderen en de gegevens van de consument in diverse registers mogen opnemen. De klacht is ongegrond.

I. De procedure

- 1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) het verweerschrift van de verzekeraar; 3) de repliek van de consument en 4) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 7 juli 2021. De consument heeft aangegeven dat zij en haar gemachtigde niet ter zitting zullen verschijnen. De commissie heeft daarom besloten om uitspraak te doen op basis van de stukken in het dossier.

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

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft in 2011 een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd en hierbij een gezondheidsverklaring moeten invullen. Op de gezondheidsverklaring staat:

“INVULLEN VAN DE VRAGEN

Het is zeer belangrijk dat u alle vragen juist en volledig beantwoordt. Als u een vraag met 'Ja' beantwoordt, moet u ook een toelichting geven.

(...)

Vermeld al uw klachten, ook als u denkt dat deze niet belangrijk zijn of als u geen arts heeft bezocht. Wanneer u deze gezondheidsverklaring niet juist of onvolledig invult, is er sprake van verzwijging. Dit kan betekenen dat de verzekering vernietigbaar is en dat AEGON een verzoek om premievrijstelling of uitkering bij arbeidsongeschiktheid of overlijden weigert.”

- 2.2 De consument heeft op 25 juli 2011 de gezondheidsverklaring ingevuld:

3) UW GEZONDHEIDSTOESTAND	
<p>Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)? Heeft u hiernaast één of meer categorieën aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts / specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.</p> <p><i>Let op!</i> U moet ook een rubriek aankruisen als u</p> <ul style="list-style-type: none"> - een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd, - opgenomen bent geweest in het ziekenhuis - sanatorium, psychiatrische inrichting of andere verpleegafdeling, - geopereerd bent - nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt, - nog onder controle staat <p>Heeft u hierboven een of meer categorieën aangekruist?</p>	<p><input type="checkbox"/> A Ziekten van de hersenen of zenuwen zoals beroerte, toevallen, epilepsie, spierziekten, hoofdpijn, duizeligheid.</p> <p><input type="checkbox"/> B Aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout</p> <p><input type="checkbox"/> C Verhoogde bloeddruk, beklemming of pijn op de borst, hartinfarct, haritkloppingen, bypassoperatie, ziekten van hart of bloedvaten.</p> <p><input type="checkbox"/> D Suikerziekte, verhoogd cholesterol, jicht, schildklierafwijkingen, stofwisselingsziekten, hormoonafwijkingen.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> E Aandoeningen van longen of luchtwegen, astma, kortademigheid, hyperventilatie, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, allergie.</p> <p><input type="checkbox"/> F Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier.</p> <p><input type="checkbox"/> G Aandoeningen van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.</p> <p><input type="checkbox"/> H Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> I Aandoeningen van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, nek, schouders), bekkeninstabiliteit, reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, RSI.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> J Huidaandoeningen, spataderen, open been, fistels, trombose, embolie.</p> <p><input type="checkbox"/> K Neusaandoeningen, bijholteontsteking, keelaandoening, strottehoofd- of stembandaandoeningen.</p> <p><input type="checkbox"/> L Ziekten, aandoeningen en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder) die niet onder bovengenoemde categorieën kunnen worden geplaatst.</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja -> Vul de bijlage bij vraag 3 in</p>

9) ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering(en).

Plaats *Amsterdam*

Datum *25-7-11*

- 2.3 In de bijlage bij vraag 3 heeft de consument melding gemaakt van eczeem, spit en allergie.
- 2.4 De verzekering werd geaccepteerd met uitsluiting van dekking voor arbeidsongeschiktheid ontstaan, bevorderd of verergerd door eczeem en/of allergie. De ingangsdatum van de verzekering is 31 augustus 2011.
- 2.5 In 2016 wilde de consument de eindleeftijd van haar arbeidsongeschiktheidsverzekering wijzigen. Dit was niet mogelijk en daarom is een offerte voor een nieuwe arbeidsongeschiktheidsverzekering uitgebracht. Onderdeel van het acceptatieproces was het invullen van een gezondheidsverklaring. Op de gezondheidsverklaring van 28 januari 2016 heeft zij ingevuld:

3 Uw gezondheid	
<p>Heeft u hiernaast een letter aangekruist? Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek ook de vragen op de bijlage bij vraag 3 in, bijvoorbeeld over raadpleging huisarts/specialist, blijvend letsel of arbeidsongeschiktheid.</p>	<p>← Heeft u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of heeft u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A Aandoening, ziekte of klachten van de hersenen of zenuwen. Zoals beroerte, TIA, CVA, toevallen, epilepsie, spierziekte, oogzenuwontsteking, <u>hoofdpijn</u>, duizeligheid.</p> <p><input type="checkbox"/> B Aandoening, ziekte of klachten van psychische aard. Zoals depressie, schizofrenie, psychose, ADHD, overspannenheid, overwerktheid, angststoornis, slapeloosheid, hyperventilatie, burnout.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> C Aandoening, ziekte of klachten van hart en bloedvaten. Zoals hartinfarct, beklemming of pijn op de borst, verhoogde bloeddruk, hartkloppingen, vernauwing of ontsteking van bloedvaten, embolie.</p> <p><input type="checkbox"/> D Verhoogd cholesterol, suikerziekte, schildklierafwijking, jicht, stofwisselings- of stapelingsziekten, hormoonafwijkingen.</p>

Gezondheidsverklaring

Let op!

Kruis ook Ja aan als u:

- bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze heeft gebeld;
- bent opgenomen in het ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicijnen gebruikt. Of medicijnen heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

- E Aandoening, ziekte of klachten van longen of luchtwegen. Zoals astma, COPD, kortademigheid, pleuritis, bronchitis, langdurig hoesten, embolie.
- F Aandoening, ziekte of klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alvleesklier.
- G Aandoening, ziekte of klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen.
- H Vermoeidheidsklachten, slaapapneu-syndroom, soa (seksueel overdraagbare aandoening), hiv-infectie, andere infectieziekten.
- I Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoening, kanker, bloedziekte, bloedarmoede.
- J Aandoening, ziekte of klachten van spieren, ledematen of gewrichten (waaronder knie, heup, handen, schouders), reuma (acuut of chronisch), (kinder)verlamming, bekkeninstabiliteit of fibromyalgie. Kromme rug, rugklachten, rugpijn, spit, hernia, ischias, nekklachten of KANS (dit heette RSI). U moet dit ook aankruisen als u een botbreuk heeft gehad.
- K Aandoening, ziekte of klachten van huid, spataderen, open been, fistels, trombose.
- L Aandoening, ziekte of klachten van neus, keel, bijholten, strottenhoofd of stemband, ogen of oren (bijvoorbeeld gehoorstoornis).
- M Aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken die niet onder de categorieën hierboven vallen.
- Nee
- Ja *Vul dan voor elke aandoening, ziekte, klacht en/of gebrek een aparte bijlage bij vraag 3 in. Dit is belangrijk.*

Heeft u hierboven Ja aangekruist bij een of meer vragen?

- 2.6 Op de vragen in de bijlage bij vraag 3 heeft de consument aangegeven eerder last te hebben gehad van hoofdpijn tijdens haar menstruatie, spit, eczeem, allergie en een hartritmestoornis. Onderdeel van de gezondheidsverklaring was een toelichting en door ondertekening van de gezondheidsverklaring heeft de consument bevestigd de toelichting te hebben gelezen. De consument is vervolgens geaccepteerd met twee uitsluitingen, voor eczeem en voor allergie. De nieuwe verzekering is ingegaan op 8 juni 2016.
- 2.7 Op 28 maart 2019 meldde de tussenpersoon van de consument aan de verzekeraar dat de consument per 7 januari 2019 arbeidsongeschikt was vanwege een hernia. Op 1 april 2019 heeft de consument het schadeaangifteformulier ingevuld en ondertekend geretourneerd aan de verzekeraar. Op 5 april 2019 overlegde de casemanager van de verzekeraar met de consument dat een medisch advies bij MEDAS zou worden opgevraagd. Er is toen nog geen uitkering opgestart.

- 2.8 Op 27 mei 2019 heeft de consument opnieuw melding gedaan van arbeidsongeschiktheid. Op verzoek van de verzekeraar zond de consument op 14 juni 2019 opnieuw een ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier waarin zij toelichtte dat zij arbeidsongeschikt was vanwege een hernia.
- 2.9 Bij brief van 25 juli 2019 informeerde de verzekeraar de consument dat een uitkering zou worden opgestart en dat een medisch onderzoek naar de arbeidsongeschiktheid zou worden gepland.
- 2.10 Op 26 juli 2019 ontving de verzekeraar een derde ziektemelding. Daarin is aangegeven dat de consument arbeidsongeschikt was vanwege vermoeidheidsklachten als gevolg van de medische behandeling. De verzekeraar heeft de consument bericht dat de klachten verband houden met de eerdere ziektemelding en dus geen aparte ziektemelding zou worden geregistreerd.
- 2.11 Bij brief van 9 september 2019 informeerde de verzekeraar de consument dat zij tot 1 november 2019 een uitkering zou ontvangen, gebaseerd op een arbeidsongeschiktheidspercentage van 100%. Daarna zou opnieuw het recht op uitkering worden beoordeeld.
- 2.12 Op 14 november 2019 ontving MEDAS stukken van de neurochirurg die de consument had behandeld. Op 25 november 2019 stuurde MEDAS het medisch advies aan de verzekeraar toe en wees de verzekeraar erop dat bepaalde medische informatie wellicht niet bekend was bij de acceptatie van de verzekering en dat de verzekeraar hier eventueel nader onderzoek naar kon doen.
- 2.13 Naar aanleiding van de melding van MEDAS heeft de verzekeraar opdracht gegeven aan Aegon Medisch Advies Centrum (hierna: het 'MAC') – zijn eigen medisch adviseur – om te kijken of de informatie op de gezondheidsverklaring overeenkomt met de door MEDAS verkregen informatie. Op 10 december 2019 berichtte de medisch adviseur dat verschillende knieoperaties en een enkeloperatie niet op de gezondheidsverklaring van 28 januari 2016 zijn gemeld. Daarnaast blijkt volgens de medisch adviseur uit de brief van de neuroloog van 28 mei 2019 *“patiënte is eerder in 2014 met rugklachten op de SEH gezien, ze geeft aan dat deze klachten sindsdien erg wisselend aanwezig zijn geweest.”* In de gezondheidsverklaring is melding gemaakt van een keer spit in 2007 waarvoor behandeling bij de fysiotherapeut heeft plaatsgevonden in de periode december 2007 - januari 2008.
- 2.14 Bij brief van 18 december 2019 informeert de verzekeraar de consument over het onderzoek naar haar medische voorgeschiedenis. De verzekeraar heeft MAC opdracht gegeven om nader onderzoek te doen. In het kader van het onderzoek is de consument op 3 januari 2020 gevraagd om aanvullende gezondheidsverklaringen in te vullen.

Ook is haar gevraagd een medische machtiging te verstrekken voor het opvragen van medische informatie bij haar huisarts en behandelaren.

- 2.15 In een telefoongesprek van januari 2020 informeerde de consument dat zij haar werk weer gedeeltelijk had hervat. De verzekeraar concludeerde dat de consument per 1 februari 2020 voor minder dan 25% arbeidsongeschikt was en er vanaf die datum dus geen recht meer bestaat op uitkering. Het dossier werd gesloten.
- 2.16 Bij brief van 17 april 2020 heeft de medisch adviseur van de verzekeraar de consument bericht over de voorlopige uitkomst van het onderzoek naar haar medische voor- geschiedenis en aangegeven dat de informatie op de gezondheidsverklaringen uit 2011 en 2016 en de ontvangen medische informatie van de huisarts van elkaar verschillen. De medisch adviseur heeft de consument in de gelegenheid gesteld om schriftelijk te reageren op zijn bevindingen. Dit heeft de consument bij brief van 28 april 2020 gedaan.
- 2.17 Op 14 mei 2020 heeft de medisch adviseur aan de verzekeraar advies uitgebracht over wat de medische acceptatiebeslissing zou zijn geweest als de gezondheidsverklaring in 2011 juist was ingevuld:

“Wat was in 2011 geadviseerd in de acceptatieperiode?”

Op grond van de aard van de gezondheidsproblematiek en/of klachten bij het statische beroep van administrateur is er sprake van een te hoog risico op arbeidsongeschiktheid. Dit met name door de klachten op diverse gebieden van het houding- en bewegingsapparaat, die mogelijk een relatie kunnen hebben met de aard van de werkzaamheden van verzekerde. De arbeidsongeschiktheidsverzekering zou in 2011 daarom zijn afgewezen.”

- 2.18 De consument heeft op dezelfde datum het advies ontvangen.
- 2.19 Vervolgens vroeg de verzekeraar aan de afdeling acceptatie wat de acceptatiebeslissing was geweest als de verzwegen feiten ten tijde van het sluiten van de verzekering bekend waren geweest. Bij e-mailbericht van 11 juni 2020 informeerde de acceptant als volgt:

*“ De ingangsdatum van de oorspronkelijke polis was **31-08-2011** (polisnummer [nummer]). Sinds de ingangsdatum zitten er al 2 medische clausules op de polis. **Cl. 458 uitsluiting eczeem en Cl. 446 uitsluiting allergie.***

Maatschappijbeleid

Wij accepteren maximaal 2 medische clausules, bij meer clausules wijzen wij af. Uitzondering hierop als de 3e clausule 'psyche' zou zijn, dit kan nog getackeld worden om de variant: excl. Psyche aan te bieden, maar dat is nu niet aan de orde.

Onderstaande klachten (onderaan in 2010) zijn kort voor de ingangsdatum van de verzekering aan de orde geweest. De complete rug had worden uitgesloten en de rechter enkel had worden geclausuleerd. Dit zouden dus sowieso al 4 clausules zijn met daarbij een structureel "overgewicht". Deze aanvraag zou zeker zijn afgewezen als dit allemaal bekend was geweest."

2.20 Bij brief van 14 juli 2020 informeerde de afdeling Veiligheidszaken van de verzekeraar de consument dat op basis van de bevindingen van de medisch adviseur en de reactie van de consument daarop, de verzekeraar van mening is dat de consument de gezondheidsverklaringen niet juist heeft ingevuld en daarmee haar mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden. Zij heeft een valse voorstelling van haar gezondheidssituatie gegeven met het kennelijke doel om op onterechte gronden een verzekering te sluiten door het volgende niet te melden:

- U had drie knieoperaties als gevolg van een knieblesure, waarvan de laatste in 1992 plaatsvond.
- In de periode van 3 mei 2006 tot en met 6 maart 2014 was u bekend met lage rugklachten. Voor deze klachten gebruikte u pijnstillende en ontstekingsremmende medicatie. Diverse verwijzingen vonden plaats, waaronder een verwijzing naar de fysiotherapeut en de röntgenoloog. Ook was u eind 2008 en begin 2014 bij de Spoed Eisende Hulp wegens rugklachten met uitstraling naar respectievelijk de liezen en het rechterbeen, en rechts onderin de rug. U vertelde in 2014 aan de arts 7 jaar geleden deze klachten ook te hebben gehad. De rugklachten werden respectievelijk als acute lumbago en tendomyogeen geduid.
- In 2007 en 2014 bezocht u de huisarts wegens klachten van de rechter elleboog als gevolg van overbelasting. De huisarts schreef u in 2007 pijnstillende en ontstekingsremmende medicatie voor. In 2014 adviseerde hij u rust en indien nodig een NSAID behandeling.
- In november 2009 was u bekend met pijn in de linker heupregio. De huisarts stelde bursitis vast en adviseerde u.
- In 2000 vond een enkeloperatie plaats wegens opgelopen enkelletsel. Ook in 2010 kampte u met enkelletsel. U bezocht hiervoor de Spoed Eisende Hulp. Later dat jaar werd u een afneembare softcast geadviseerd.
- Vanaf augustus 2010 had u pijnklachten vanuit de nek aan de rechterzijde en een stijve nek. U bent verwezen voor het maken van een röntgenfoto van de cervicale wervelkolom en u kreeg pijnstillende en ontstekingsremmende medicatie voorgeschreven. Vervolgens bent u verwezen voor fysiotherapie. In 2012 en 2015 bezocht u opnieuw de huisarts met nekkklachten. U had beide keren al enkele maanden nekkklachten. In 2015 straalden deze klachten uit naar beide armen.

2.21 De verzekeraar heeft de verzekering beëindigd, de gedane uitkering teruggevorderd en de kosten voor alle medische en arbeidsdeskundige onderzoeken teruggevorderd. Daarnaast heeft de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (hierna: 'het IVR') voor de duur van zes jaar. Ook zijn de gegevens in het Incidentenregister en in het Extern Verwijzingsregister (hierna: 'het EVR') opgenomen voor de duur van zes jaar. Tevens heeft de verzekeraar van de incidentenregistratie melding gedaan bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsscrimnaliteit (hierna: 'het CBV').

2.22 De consument is het oneens met de beslissing van de verzekeraar en heeft meermaals bezwaar gemaakt. De correspondentie tussen partijen over deze kwestie heeft niet tot een oplossing geleid. Daarom heeft de consument een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.23 De consument vordert dat de genoemde registraties ongedaan worden gemaakt en de verzekeraar de uitkeringen niet terugvordert. Ter onderbouwing van haar vordering heeft de consument de volgende argumenten naar voren gebracht.

2.24 Niet wordt betwist dat bepaalde feiten niet zijn gemeld op de gezondheidsverklaring, maar wel wordt bezwaar gemaakt tegen de conclusie dat deze feiten met opzet zijn verzwegen. Wellicht is de consument wat slordig geweest met het invullen van de verklaringen, maar zij heeft beide verklaringen naar waarheid ingevuld en nooit de opzet gehad de verzekeraar te misleiden.

2.25 Dat zij niet alle lichamelijke ongemakken heeft vermeld komt omdat zij zich sommige klachten niet meer kon herinneren. Waarom zij haar knie- en enkeloperatie niet heeft vermeld, weet zij ook niet meer, maar zij heeft na die operatie jarenlang zonder problemen weer kunnen voetballen en ook haar orthopeed had aangegeven dat niet te verwachten was dat de klachten zouden terugkomen.

2.26 Bovendien was haar leven zeer hectisch ten tijde van het invullen van de gezondheidsverklaringen waardoor zij wellicht is vergeten om bepaalde medische informatie te vermelden.

2.27 Het feit dat sommige klachten ook in de tweede verklaring niet zijn gemeld, heeft ermee te maken dat zij de klachten van de eerste verklaring heeft overgenomen en dit heeft aangevuld met klachten die zij heeft gehad tussen het invullen van de eerste en de tweede gezondheidsverklaring.

2.28 Als zij wat had te verbergen dan had zij niet zonder meer de machtiging voor het opvragen van medische informatie ondertekend. Het gaat om een menselijke fout, maar door de verzekeraar wordt zij meteen weggezet als fraudeur.

Het verweer

- 2.29 De verzekeraar stelt zich primair op het standpunt dat de consument haar mededelingsplicht opzettelijk heeft geschonden om de verzekeraar ertoe te bewegen een overeenkomst aan te gaan die hij anders niet of niet op dezelfde voorwaarden zou hebben gesloten. Dit omdat de consument in 2011 en 2016 bepaalde klachten niet aan de verzekeraar heeft meegedeeld die zij kende of behoorde te kennen en waarvan zij wist of behoorde te weten dat de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering had willen sluiten, daarvan afhangt of kan afhangen.
- 2.30 De argumenten die de consument heeft aangevoerd, maken de conclusie dat sprake is van opzet niet anders. Allereerst acht de verzekeraar van belang het groot aantal klachten dat niet is gemeld in 2011 en vervolgens ook niet is gemeld in 2016. Daarnaast vindt hij het argument dat geen sprake is van kwade opzet, maar dat de consument zich bepaalde feiten gewoonweg niet kon herinneren, niet aannemelijk. Zij heeft andere feiten die verder in het verleden liggen namelijk wel gemeld. Ook het argument dat zij haar knie- en enkelklachten niet heeft gemeld, omdat er daarna geen klachten waren en de consument nog op hoog niveau heeft gesport, doet niet ter zake. In de gezondheidsverklaring zijn duidelijke en gerichte vragen hierover gesteld en in de toelichting bij de gezondheidsverklaring is duidelijk aangegeven welke informatie voor de verzekeraar van belang is en gemeld moet worden. De consument heeft met ondertekening van de gezondheidsverklaring ook verklaard van de toelichting kennis te hebben genomen. Verder kan het argument dat opzet tot misleiding niet aannemelijk is, omdat er jarenlang premie is betaald consument ook niet baten. De opzet was gericht op het verkrijgen van een verzekering die de verzekeraar in het geheel niet had willen aangaan. Dat er daarna premie is betaald, is voor de beoordeling van de opzet niet relevant.
- 2.31 Subsidiair stelt de verzekeraar zich op het standpunt dat de consument haar mededelingsplicht in 2011 heeft geschonden en dat hij, als redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

3. De beoordeling

- 3.1 Aan de orde is de vraag of de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. De verzekeraar verwijst hiervoor onder andere naar de artikelen 7:928 t/m 7:930 Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).

Mededelingsplicht – het juridisch kader

- 3.2 Op grond van artikel 7:928 lid 1 BW is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:
- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar);
 - die hij kent of behoort te kennen;
 - en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen;
- aan de verzekeraar mee te delen. Men spreekt in dit verband van het relevantievereiste, het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste.
- 3.3 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen.¹
- 3.4 Bij beoordeling van de vraag welke betekenis de aspirant-verzekeringnemer aan de hem voorgelegde vragen moest toekennen, dienen de vragen mede te worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.²
- 3.5 Indien de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de aspirant-verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de aspirant-verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen van een vragenlijst zien op informatie die relevant is voor een verzekeraar voor het aangaan van de verzekeringsovereenkomst.
- 3.6 Een niet juiste invulling van de vragenlijst van de verzekeraar kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts onder andere voorwaarden zou hebben gesloten (artikel 7:930 lid 3 BW). Ook is mogelijk dat de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben (artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde. Als de verzekeraar erin slaagt te bewijzen dat de verzekeringnemer de precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden, is hij geen uitkering verschuldigd (artikel 7:930 lid 5 BW).³

¹ Hoge Raad 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en Hoge Raad 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.

² Hoge Raad 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.

³ Hoge Raad 25 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:507, overweging 3.3.3.

- 3.7 Daarnaast kan de verzekeraar op grond van artikel 7:929 BW de verzekering meteen opzeggen als i) de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten met kennis van de juiste stand van zaken, maar ook als ii) de verzekeringnemer de mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. De verzekeraar moet binnen twee maanden tot opzegging overgaan, welke termijn begint te lopen zodra de verzekeraar de schending van de precontractuele mededelingsplicht ontdekt. De bewijslast ligt bij de verzekeraar.
- 3.8 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar.⁴
- 3.9 Met inachtneming van het voorgaande overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument haar mededelingsplicht geschonden?

- 3.10 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie als vaststaand aan dat de consument bij het aangaan van de verzekering in 2011 onvermeld heeft gelaten dat zij;
- drie operaties aan haar knie heeft gehad als gevolg van een blessure. De laatste operatie vond plaats in 1992;
 - in de periode 3 mei 2006 tot en met 6 maart 2014 diverse malen, te weten in 2006, 2008 en 2009, lage rugklachten had en hiervoor medicatie heeft gekregen en is doorverwezen naar de fysiotherapeut en röntgenoloog;
 - in augustus 2010 nekklachten had waarvoor de huisarts medicatie heeft voorgeschreven en haar heeft doorverwezen naar de fysiotherapeut;
 - in 2001 een operatie heeft ondergaan vanwege gescheurde enkelbanden en in 2010 vanwege enkelletsel de spoedeisende hulp heeft bezocht;
 - in 2007 elleboogklachten heeft gehad.
- 3.11 Op grond van het medisch dossier neemt de commissie verder als vaststaand aan dat de consument bij het aangaan van de verzekering in 2016 diverse klachten onvermeld heeft gelaten:
- alle klachten die zij in 2011 niet heeft vermeld;
 - rugklachten in 2014 waarvoor zij de SEH heeft bezocht en pijnstillers slikte;
 - nekklachten in 2015 en 2016 waarvoor zij is doorverwezen naar de fysiotherapeut en pijnstilling kreeg;

⁴ Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1.

- elleboogklachten in 2014;
- enkelklacht in 2014.

3.12 Tussen partijen staat niet ter discussie dat de consument bovengenoemde klachten niet heeft gemeld bij het aangaan van de verzekering in 2011 en 2016. Het voorgaande brengt mee dat de consument de gezondheidsverklaring zowel in 2011 en 2016 niet juist heeft ingevuld. Door dit niet te doen heeft de consument haar mededelingsplicht geschonden.

Heeft de consument haar mededelingsplicht opzettelijk geschonden?

- 3.13 Vervolgens dient de commissie de vraag te beantwoorden of de verzekeraar de uitkering mocht stopzetten en de reeds betaalde uitkering mocht terugvorderen op grond van artikel 7:930 lid 5 BW. Dit artikel bepaalt dat de verzekeraar geen uitkering verschuldigd is wanneer de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden. De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hiervan sprake is omdat de consument vlak voor het invullen van de gezondheidsverklaringen nog onder behandeling stond voor de klachten en een aantal klachten al langere tijd speelde. De consument stelt dat zij de gezondheidsverklaringen naar eer en geweten heeft ingevuld en dat zij was vergeten dat ze bepaalde klachten had of dacht dat de klachten niet relevant waren om te melden.
- 3.14 De commissie is van oordeel dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van opzet tot misleiding. Hierbij neemt de commissie in overweging dat de verzekering tot stand is gekomen op de grondslag van door de consument ingevulde gezondheidsverklaringen en dat de daarin gestelde vragen eenduidig waren. De door de consument onjuist beantwoorde vragen laten geen ruimte voor haar stelling dat zij niet met opzet heeft gehandeld. De commissie acht daarbij het volgende relevant.
- 3.15 De stelling van de consument dat zij de klachten was vergeten, acht de commissie onwaarschijnlijk omdat zij in de periode voorafgaand aan het invullen van beide gezondheidsverklaringen meermaals haar huisarts heeft geraadpleegd vanwege rugklachten en hiervoor ook medicatie voorgeschreven kreeg en is doorverwezen naar de fysiotherapeut. Ook heeft zij kort voor het invullen van de gezondheidsverklaring in 2011 de SEH bezocht voor enkelletsel en heeft zij in 2010 medicatie gekregen voor haar nekkklachten, is er een röntgenfoto gemaakt en is ze doorverwezen naar de fysiotherapeut voor diezelfde nekkklachten. Bij het invullen van de gezondheidsverklaring in 2016 heeft de consument bovenstaande klachten wederom niet gemeld. Daarnaast heeft zij een aantal nieuwe klachten niet gemeld. De stelling dat zij dacht dat het een aanvulling was op de gezondheidsverklaring uit 2011, volgt de commissie niet. Uit de gezondheidsverklaring van 2016 volgt duidelijk dat alle klachten moeten worden gemeld.

- 3.16 Ook de stelling dat zij de verzwegen feiten niet relevant vond, maakt de conclusie van de commissie dat sprake is van opzet tot misleiding niet anders. Op de gezondheidsverklaringen stond helder aangegeven dat alle klachten moesten worden gemeld en dat het niet melden gevolgen kan hebben voor de acceptatiebeslissing. In de toelichting op de gezondheidsverklaring van 2011 is expliciet gevraagd naar gewrichtsklachten waarbij is aangegeven dat dit klachten aan bijvoorbeeld de knie, nek, schouders betreffen? of dat het gaat om rugpijn of -klachten. Dat de consument wel heeft aangegeven dat zij last had van spit, maar niet dat zij sinds 2006 ook periodes van rugklachten had waarvoor medicatie is voorgeschreven en zij is doorverwezen naar de fysiotherapeut en röntgenoloog, is onverklaarbaar. Bovendien wordt in de toelichting op de gezondheidsverklaring vermeld dat het aan de medisch adviseur van de verzekeraar is om op basis van alle klachten te oordelen of de verzekerde wordt geaccepteerd. Het is dus niet aan de consument om te beoordelen welke klachten relevant zijn en dit is ook duidelijk gecommuniceerd richting de consument. Het kan niet anders dan dat de consument bewust – dus opzettelijk – heeft besloten een aantal klachten niet te melden. De commissie neemt in haar overweging ook mee dat de consument in 2016 wederom heeft nagelaten de klachten te melden terwijl in de vragen op de gezondheidsverklaring en de daarbij behorende toelichting duidelijk was vermeld dat alle klachten moesten worden opgegeven.
- 3.17 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden en dat de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 5 BW geen uitkering onder de verzekering verschuldigd is. De reeds gedane uitkeringen zijn derhalve onverschuldigd betaald en de verzekeraar mocht deze terugvorderen.

Externe registraties persoonsgegevens

- 3.18 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument geregistreerd in het Incidentenregister en het EVR voor een periode van zes jaar. De consument is het niet eens met de registratie in deze registers. De commissie zal daarom de vraag beantwoorden of de verzekeraar tot die registraties heeft mogen overgaan.
- 3.19 Omdat opname van persoonsgegevens in deze registers – en met name het EVR – voor de consument ernstige gevolgen kan hebben moeten zware eisen worden gesteld aan de grond(en) van de verzekeraar voor opname daarin van de persoonsgegevens van de consument.⁵

⁵ Zie Hof Arnhem-Leeuwarden 26 2021-0042 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, rechtsoverweging 4.3 en Geschillencommissie 2017-717 onder 4.2

- 3.20 Voor de registratie van persoonsgegevens in het EVR gelden, op grond van artikel 5.2.1 van het Protocol, waarvan de relevante artikelen als bijlage aan deze beslissing zijn gehecht, als vereisten dat de vastgestelde gedragingen een zwaardere verdenking dan een redelijk vermoeden van schuld aan fraude opleveren en dat de registratie proportioneel is.⁶
- 3.21 De commissie heeft onder 3.14 t/m 3.17 overwogen dat de consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit brengt mee dat aan de vereisten voor registratie in het EVR genoemd in artikel 5.2.1 onder a en b en van het Protocol is voldaan.

Proportionaliteitstoets van de registratie in het EVR

- 3.22 Op grond van artikel 5.2.1 onder c van het Protocol dient de verzekeraar bij registratie van persoonsgegevens in het EVR een proportionaliteitsafweging te maken. Bij de beoordeling van de vraag of de verzekeraar de persoonsgegevens in het EVR registreert, en zo ja, voor welke duur, dient de verzekeraar ook de belangen van de consument mee te wegen. De consument die verwijdering van haar persoonsgegevens verlangt, zal moeten onderbouwen op grond waarvan zij meent disproportioneel in haar belangen te zijn geschaad en waarom haar belang dient te prevaleren boven het belang van de verzekeraar c.q. de financiële sector.
- 3.23 De verzekeraar heeft de belangen van de consument afgewogen tegen de belangen van de verzekeringssector. Volgens de verzekeraar vormt de schending een bedreiging voor financiële instellingen en staat in voldoende mate vast dat de consument hierbij betrokken was; de belangen van de verzekeringssector wegen daarom zwaarder dan de belangen van de consument. De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument voor de duur van zes jaar in het EVR geregistreerd.
- 3.24 De consument stelt dat zij door de registratie hard wordt geraakt. Ze staat nu als fraudeur te boek, terwijl zij één menselijke fout heeft gemaakt.
- 3.25 De commissie begrijpt dat de registratie nadelige gevolgen heeft voor de consument, maar komt op basis van de feiten en omstandigheden tot het oordeel dat de verzekeraar voldoende heeft gemotiveerd dat het belang van de financiële sector bij registratie van de persoonsgegevens van de consument zwaarder weegt dan het belang van de consument bij niet registreren van haar persoonsgegevens. Ook de duur van de registratie komt de commissie als redelijk voor. Hierbij acht de commissie van belang dat de verzekeraar als verzwarende omstandigheden onder andere heeft laten meewegen dat de consument geen melding heeft gemaakt van klachten waarvoor zij herhaaldelijk artsen en specialisten heeft bezocht en waarvoor zij medicatie heeft gekregen en operaties heeft ondergaan.

⁶ Zie Hoge Raad 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720

Bovendien heeft de consument geen spijt betuigd toen zij geconfronteerd werd met de bevindingen van de verzekeraar. Ook is er sprake van recidive omdat de consument zowel bij de aanvraag als bij de herbeoordeling onjuiste gegevens heeft verstrekt. Tot slot heeft de verzekeraar meegewogen dat de consument een arbeidsongeschiktheidsuitkering claimde vanwege de verzwegen klachten. Als verzachtende omstandigheid heeft de verzekeraar meegewogen dat de consument pas lange tijd na het sluiten van de verzekering een claim heeft ingediend.

- 3.26 Gelet op het voorgaande mag ook de registratie in het Incidentenregister voor de duur van zes jaar gehandhaafd te blijven. Het EVR is gekoppeld aan het Incidentenregister (artikel 5.1.1 van het Protocol). Dit brengt mee dat zolang de registratie in het EVR terecht en proportioneel is, de gegevens ook in het Incidentenregister blijven staan.

Melding CBV

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

Interne registratie persoonsgegevens

- 3.28 De gegevens van de consument zijn ook intern geregistreerd in de Gebeurtenissen-administratie en het daaraan gekoppelde Interne Verwijzingsregister (IVR) voor de duur van zes jaar. Deze registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. De Gebeurtenissen-administratie is een register van (persoons)gegevens die daarin zijn verwerkt omdat zij van belang zijn voor de veiligheid en integriteit van de financiële instelling en om die reden speciale aandacht behoeven (artikel 10 GVPV). Door opname van verwijzingsgegevens in het IVR, kan de eigen organisatie van de verzekeraar op deze informatie opmerkzaam worden gemaakt. De consument heeft bezwaar gemaakt tegen deze registraties.
- 3.29 De commissie heeft onder 3.14 t/m 3.17 overwogen dat de feiten en omstandigheden de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van fraude door de consument en dat opname in het EVR en het Incidentenregister met (beperkte) externe werking is toegestaan. Nu aan de registratie in de interne registers hetzelfde feitencomplex ten grondslag ligt en deze registraties minder vergaand zijn, heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie de gegevens ook in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen opnemen. De commissie acht dit proportioneel en aanvaardbaar. De commissie neemt daarbij in aanmerking dat de gevolgen van vermelding in de gebeurtenissenadministratie en het IVR beperkt zijn, omdat zij uitsluitend werkt binnen de organisatie van de desbetreffende financiële instelling.

Slotsom

3.30 De conclusie is dat de verzekeraar de verzekering heeft mogen beëindigen, de reeds gedane uitkeringen heeft mogen terugvorderen, de persoonsgegevens van de consument heeft mogen registreren in het Incidentenregister en het EVR en een melding bij het CBV heeft mogen doen. De registraties in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen worden gehandhaafd. De klacht is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen 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.

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.

Bijlage

Toelichting gezondheidsverklaring 2011

“TOELICHTING BIJ DE GEZONDHEIDSVERKLARING

Lees deze toelichting zorgvuldig en helemaal.

Is u iets niet duidelijk? Neem dan contact op met AEGON.

Medische gegevens noodzakelijk voor uw verzekering

Om te kunnen beoordelen of u een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering kunt afsluiten, en zo ja tegen welke voorwaarden, is het nodig dat u naast uw aanvraagformulier ook medische gegevens verstrekt. De benodigde medische gegevens moet u invullen op de gezondheidsverklaring. De geneeskundig adviseur van AEGON geeft aan de hand van uw antwoorden in de gezondheidsverklaring en eventuele aanvullende gevraagde gegevens een advies aan AEGON. Afhankelijk van uw gezondheid, kan de geneeskundig adviseur AEGON adviseren een hogere premie dan normaal te vragen en/of aanvullende voorwaarden te stellen. Hij kan zelfs helemaal afwijzend adviseren.”

Toelichting gezondheidsverklaring 2016

Verzekeraars verzekeren risico's. Zij schatten deze risico's graag goed in. Daarom vraagt AEGON informatie over uw gezondheid. Vraagt u een verzekering aan? Dan moet u een gezondheidsverklaring invullen. In deze toelichting leest u hier meer over.

U vult de gezondheidsverklaring in ...

Op de gezondheidsverklaring vult u uw persoonlijke en medische informatie in.

... onze medisch adviseur beoordeelt uw gezondheidssituatie ...

Onze medisch adviseur beoordeelt deze informatie. Hij bewaart uw informatie ook. Dat vindt u goed. U heeft daarvoor uw handtekening op het formulier gezet.

.. en adviseert AEGON

Vervolgens geeft de medisch adviseur een medisch advies aan AEGON. Dit medisch advies gaat over uw gezondheid. En over de risico's die AEGON loopt als u een verzekering afsluit.

Het medisch advies kan zijn:

- Uw risico is gemiddeld. U krijgt dan de verzekering die u aanvroeg.
- Uw risico is hoger dan gemiddeld. Dan betaalt u misschien een hogere premie. Of er gelden speciale voorwaarden.
- Uw risico is té hoog. De medisch adviseur adviseert dan u niet te verzekeren. U krijgt dan niet de verzekering die u aanvroeg.

AEGON beslist uiteindelijk over uw aanvraag.

Stuurt u de gezondheidsverklaring niet op?

Dan kunt u geen verzekering afsluiten. AEGON vernietigt dan uw dossier.

Wat moet u vertellen?

Heeft u een bepaalde aandoening, ziekte, gebrek of klacht? Dan moet u dat altijd vertellen. Ook als dit lang geleden was. Het kan belangrijk zijn voor uw aanvraag.

Heeft u steeds minder klachten?

Heeft u van een bepaalde aandoening, ziekte, gebrek of klacht steeds minder last? Dan moet u dit ook vertellen. Daar houdt onze medisch adviseur rekening mee.

Het is belangrijk dat u op alle vragen eerlijk en volledig antwoord geeft. Dat bent u verplicht. Dat heet uw 'mededelingsplicht'.

Daarmee voorkomt u dat:

- u geen uitkering krijgt als u arbeidsongeschikt wordt;
- u premie voor uw levensverzekering moet blijven betalen als u arbeidsongeschikt wordt;
- de levensverzekeraar de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens na uw overlijden vraagt uw antwoorden te onderzoeken. Vindt de commissie ook dat u belangrijke informatie heeft achtergehouden? Dan krijgen uw nabestaanden misschien geen uitkering.

Relevante wetsartikelen

Art. 7:928 Burgerlijk Wetboek

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

2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.

3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.

4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.

6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Art. 7:929 Burgerlijk Wetboek

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.

2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Art. 7:930 Burgerlijk Wetboek

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.

2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.

3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.

4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.

5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

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 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.

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.

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

In bepaalde gevallen kunnen Verzekeraars Persoonsgegevens in verband met 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>.