

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0046
(prof. mr. drs. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus,
mr. S.W.A. Kelterman, leden en mr. I.M.L. Venker, secretaris)

Klacht ontvangen op : 12 april 2021
Ingediend door : de heer [naam 1], verder te noemen de consument, en mevrouw [naam 2], verder te noemen de partner van de consument, gezamenlijk verder te noemen consumenten
Tegen : Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 26 januari 2022
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering gedeeltelijk toegewezen
Bijlage : Relevante bepalingen uit regelgeving en de algemene voorwaarden

Samenvatting

Inboedelverzekering. Kostbaarheden Buitenshuisverzekering. De consument heeft schade aan zijn telefoon gemeld en daarbij verklaard dat de telefoon binnenshuis was gevallen. Een dag later heeft de consument opnieuw gebeld, met een andere toedracht. De commissie volgt het standpunt van de verzekeraar dat de consument met een tweede schademelding heeft geprobeerd om door een onjuiste voorstelling van zaken de schade aan de telefoon alsnog vergoed te krijgen. De verzekeraar mocht de schade afwijzen, de verzekering van de consument opzeggen en zijn persoonsgegevens registreren in het Incidentenregister, de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister. Maar de verzekeraar moet wel een vergoeding betalen voor de hogere premie die de partner van de consument voor de aansprakelijkheidsverzekering verschuldigd was nadat deze door de verzekeraar was opgezegd. 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 klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar. Na de hoorzitting heeft de consument met toestemming van de commissie nog aanvullende stukken ingezonden, waarna de verzekeraar daarop heeft gereageerd.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 27 oktober 2021. Partijen zijn aldaar verschenen.

- 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 partner van de consument heeft onder meer een standaard inboedelverzekering, zonder allriskdekking, en een Kostbaarheden Buitenshuisverzekering bij de verzekeraar. Zij is de verzekeringnemer onder de polis en de consument is meeverzekerd.
- 2.2 De consument heeft op 24 november 2019 een zwarte iPhone X uit zijn hand laten vallen met als gevolg een gebarsten scherm en een storing in het beeldscherm. Bij de telefonische schademelding op 25 november 2019 heeft de consument gemeld:

(C= de consument, V= de verzekeraar)

“C: Ik heb gistermiddag mijn mobiele telefoon laten vallen en nu is mijn scherm kapot gegaan.

(...)

V: Wanneer is de telefoon gevallen?

C: Ja dat is gistermiddag zo rond 14:00 uur.

V: Is dat binnenshuis of buitenshuis geweest?

C: Ja dat is binnen geweest.

V: Dan gaat het om de inboedelverzekering. Dan kijk ik gelijk even hoe u verzekerd bent bij ons.

(...)

V: Het gaat om valschade van de telefoon, dan kijk ik even naar uw verzekering. Dan zie ik dat u een standaard inboedelverzekering heeft. Dan ga ik gelijk even naar de gebeurtenis en u geeft aan dat uw telefoon gevallen is. Kunt u daar iets meer over vertellen? Wat is de oorzaak?

C: Ik liep ermee en, ja, ik weet niet hoe het precies was, maar ja, hij viel.

V: Uit uw handen, of uit uw zak, of?

C: Nee, uit mijn handen.

V: U gaf al aan dat het binnenshuis was geweest.

C: Ja.

V: En welke ruimte?

C: In de eh, ja, begane grond, woonkamer, ja de woonkamer en keuken bij elkaar maar eh. het is op de benedenverdieping in ieder geval.

V: Oké, duidelijk. Ga ik gelijk even naar de beschadigde inboedel. U geeft ook aan, dat het gaat om een telefoon. Weet u ook wat voor model telefoon het is?

C: iPhone x, tien dus.

V: Wat voor geheugen zit erop?

C: Klein moment, ik kan kijken of ik de bon nog heb.

V: Wat is er kapot, het scherm?

C: Ja, een barst en een strook, hoe noem je dat, één cm ongeveer in het beeldscherm, van boven naar beneden zit er zo'n lichte balk zeg maar, dat het kapot is.

V: Er zit gewoon een storing in het beeldscherm.

C: Ja exact. Ik ben nog steeds even aan het kijken naar mijn telefoon hoor.

V: Welke kleur heeft de telefoon?

C: Volgens mij zwart, maar dan weet ik niet of het zilver is of zwart maar volgens mij zwart.

V: Wanneer heeft u die gekocht?

C: Ehh, dit jaar, even kijken ik kan het hier zien (...) Ik denk in 2019. Zeg ik dat goed? Ja, we zitten in 2019. Ja, ehm, ga ik het toch even anders bekijken, in mijn mail nog een keer. (...) Ehm, factuur, misschien heb ik het in mijn factuur staan.

V: Ondertussen ga ik heel even kijken wat er verzekerd is op uw verzekering, dan kunt u ondertussen rustig zoeken, dan kan ik ook u meteen de uitslag geven.

[het is even stil]

V: En ik heb helaas geen goed nieuws voor u. Want valschade valt niet onder de dekking van de standaard inboedelverzekering. De standaard inboedelverzekering geeft precies aan wat voor dekking er is op de inboedelverzekering en valschade staat daar helaas niet tussen. Dus dat betekent dat ik deze niet kan aannemen.

C: Oké, nou dat is wel jammer.

(...)

C: Oké, nou want ik heb wel even bekeken van nou wat zijn de voorwaarden en ik zag wel op de website staan dat valschade daarbij meegenomen wordt.

V: Op welke verzekering is dat?

C: Die van ons, de inboedel.

V: Ja, maar op welke inboedelverzekering?

C: Zie ik in ieder geval staan eigen risico € 100

V: Precies, maar dat gaat niet om de standaardinboedelverzekering. (...) Dat gaat over de allrisk inboedelverzekering.

C: Die hebben wij niet?

V: Nee.

C: Oké, die hadden wij wel namelijk.

(...)

V: (...) Ik kan u wel doorverbinden met de polisadministratie als u dat wilt wijziging

C: Nee ja, vooralsnog niet. Oké, Nee dat is wel een domper.

(...)

C: Maar, nog even voor de verheldering. We hebben wel kostbaarheden buitenhuis. En, hiermee zou het dan wel, als het op een andere locatie was geweest, dan viel het wel onder de verzekering?

V: Als u 'm op straat had laten vallen dan was het mogelijk wel gedekt geweest, maar goed, dat is hier niet aan de orde.

C: Nee. Nee, maar dan weet ik of ik het moet veranderen of niet, de polis zeg maar. Ja, dat is jammer. Oké, dan weet ik voor nu voldoende dan.

[Einde gesprek]”

De verzekeraar heeft de dossiernotitie van de schademelding overgelegd. Daarin staat de volgende opmerking over de schade: *“PEV heeft gsm uit handen laten vallen in woonkamer”*. Verder staan er de volgende notities:

- “- Iphone X gevallen, scherm gebarsten en storing in het beeldscherm, zwart, gekocht in 2018*
- Geen ar-dekking voor de schade*
- Claim gesloten”*

- 2.3 Op 26 november 2019 heeft de consument de schade telefonisch gemeld onder de Kostbaarheden Buitenhuisverzekering. De opname van dit gesprek is niet bewaard gebleven maar in de dossiernotitie die de verzekeraar van dit gesprek heeft gemaakt, staat als schadeoorzaak *“Val- en stootschade”* en er staat de volgende opmerking bij: *“Toestel is tijdens het uit de auto stappen gevallen. Hierdoor is het beeldscherm gebarsten en geluid doet het niet goed.”* Verder staan er de volgende notities:

“Toestel zou niet in de woning, maar buiten de woning zijn gevallen. Gemeld op [schadenummer] met melding dat toestel in woning is gevallen. Volgens meneer is dit niet juist, maar kwam hij er pas in de woonkamer achter dat het scherm is gebarsten. Uit voorgaand dossier kan ik niet opmaken of collega heeft doorgevraagd naar oorzaak. Aan de andere kant begrijp in niet goed waarom na afwijzing klant niet gelijk met dit verhaal is gekomen. Ik het niet gelijk bij collega navragen, want niet aanwezig.”

- 2.4 De afdeling Speciale Zaken van de verzekeraar heeft de claim van de consument in december 2019 onderzocht. Op 8 januari 2020 heeft een medewerker van de afdeling Speciale Zaken (hierna: de fraudecoördinator) met de consument gebeld. De verzekeraar heeft een opname van dit gesprek aan het dossier toegevoegd. De consument verklaart in dit gesprek:

(C= de consument, V= de verzekeraar)

“V: (...) Dat komt omdat ik eigenlijk met twee meldingen zit, van hetzelfde toestel. (...) Dus wij hebben één melding op 26 november om 11:28 uur, of tenminste dat is de tweede. En de eerste melding is op 25 november gedaan. Dan is mijn vraag wat is er nu daadwerkelijk gebeurd, want ik heb twee toedrachten?

C: Ja, ik heb twee keer gebeld inderdaad (...). Maar de eerste dag was om de schade, in ieder geval te melden, daar had ik aanvullende gegevens voor nodig. (...) ik heb de schade wel gemeld, aangegeven, nou ik heb in mijn auto een handsfree, gewoon draadloos, dus ik heb mijn telefoon altijd in mijn binnenconsole en ik stapte uit en de telefoon viel. Ik heb hem verder meegenomen naar binnen, mijn tas binnen neergelegd en toen zag ik binnen in de woonkamer dat die kapot was.

Nou dat was wat ik had gemeld op de eerste dag, bepaalde gegevens ook nog doorgegeven. De volgende dag heb ik gebeld en de aankoopdatum doorgegeven.

V: Oke.

C: Dat is in een notendop, ja.

(...)

C: Ja want dat is ook wat ik in het tweede gesprek heb aangegeven, ik weet niet of dat als zodanig is genoteerd. (...)

V: Maar nog even voor mijn duidelijkheid. De eerste keer belt u naar ons op en dan meldt u de schade. En later heeft u nog een keertje gebeld en opnieuw de schade gemeld.

C: Nee, niet opnieuw gemeld, aanvullende gegevens doorgegeven, waaronder de aankoopdatum.

V: alleen de aankoopdatum dan?

C: Ja

V: Oke, ik heb hier eventjes, (...) maar u meldt eerst bij ons een schade op 25 november, dan wordt er een schade gemeld en dat gesprek heb ik afgeluisterd, geeft u aan dat het binnen is gebeurd, beneden verdieping woonkamer keuken, geeft u aan. Iphone 10, scherm barst, zwart, uit 2019. Dat geeft u aan. Kunt u zich dat nog herinneren?

[de verbinding hapert even]

(...) Dat kunt u zich nog herinneren?

C: Nouja, niet dat de schade binnen is ontstaan maar ik heb binnen dat de schade is ontdekt. Hij is buiten gevallen, binnen is ie niet gevallen dus daar kan de schade niet...

V: Dat eerste gesprek, dat weet u niet meer? Want toen is in eerste instantie de schade afgewezen. Dan gaat u nog vragen, als het op straat is geweest, is het dan wel gedekt geweest, dan geeft mijn collega nog aan, dat is nu niet aan de orde, dus dat is nu niet gedekt. (...) Mijn collega legt uit, als het dan buiten is gebeurd dan zou het onder de buiten de deur dekking vallen, kostbaarheden, maar goed dat heeft u niet aangegeven in het eerste gesprek. U heeft toen aangegeven, het is binnen gebeurd.

C: Nouja, niet gebeurd, het is binnen geconstateerd

V: Dat zegt u niet. (...) Dan vraagt mijn collega, waar is het gebeurd, nou binnen, benedenverdieping, de woonkamer, de keuken. Dat is wat u zegt.

C: Ja daar is de locatie geweest dat ik het heb ontdekt en hij is gevallen buiten

V: nee nee dat zegt u niet in het eerste gesprek (...) dan wordt u er meegedeeld, sorry, vervelende mededeling maar dit valt niet onder de dekking, het is binnen gebeurd. (...) dan komt er een gesprek als het op straat is gedekt, zou het dan wel gedekt zijn, nou niet aan de orde nu zegt mijn collega, dus nee, nu niet (...) dan wordt het gesprek beëindigd. En de volgende dag belt u opnieuw, dan geeft u aan, dan meldt u de schade, luister het is niet in de woning het is buiten gebeurd

C: Ja en binnen geconstateerd, dat klopt.

V: waarom zegt u dat niet in het eerste gesprek, als mijn collega de schade afwijst?

C: Ja, dat is wel aangegeven, ik heb aangegeven dat het binnen geconstateerd is.

V: Nee, (...) dat heeft u niet gezegd (...)

C: De collega heeft gevraagd, waar is de schade ontstaan. Binnen heb ik gezien dat er schade is ontstaan.

V: Ja, u hebt aangegeven dat het binnen is gebeurd, dan zegt mijn collega, daar is geen dekking voor. (...)

C: (...) Ik heb m buiten laten vallen en binnen geconstateerd dat ie kapot is.

V: (...) waarom zegt u dan niet ja maar hij is buiten gevallen?

C: Dat heb ik aangegeven, buiten is buiten en niet binnen, binnen mijn perceel. Dat maakt natuurlijk een groot verschil. (...) Wij hebben ook nog een buiten-de-deur-verzekering. En we hadden allrisk verzekering. Dus het verbaasde me überhaupt dat ie niet onder een dekking zou vallen. Terwijl waar het ook moge gebeurd zijn, hij valt sowieso wel onder de dekking, of het nou buiten is gebeurd of binnen is gebeurd, dat maakt verder

V: Jawel want u heeft voor binnen geen dekking, een allrisk dekking zit er niet op

C: Ja, dat is wat mevrouw aangaf, maar hij is binnen geconstateerd en buiten is het ontstaan want buiten is het gevallen, dus het is heel aannemelijk.

V: Ja maar als zij toch vraagt, waar is de schade ontstaan en u geeft aan binnen, dat wordt duidelijk gevraagd.

C: Niet ontstaan, waar is de schade ontdekt.

V: Nee, dat wordt zo niet gevraagd:

C: Nee, nouja, dan niet.

V: Maar waarom heeft u, in het eerste gesprek dat mijn collega aangeeft, de schade valt niet onder de dekking. Waarom heeft u toen niet gezegd, luister ik stapte uit de auto en toen is mijn telefoon gevallen, dat is buiten gebeurd, waarom heeft u dat niet verteld?

C: Het is aannemelijk dat het buiten is gebeurd, maar als ik 'm laat vallen en ik loop naar binnen en ik kom binnen tot de constatering dat het scherm kapot is, dan ga ik ervan uit, redelijkerwijs, dat het buiten is gebeurd.

V: Maar waarom zegt u dat dan niet in het eerste gesprek dat het buiten is gebeurd? (...)

C: Waarom niet, waarom wel. Want ik zou de volgende dag nog contact opnemen, en dan vul ik het aan.

V: Naar aanleiding van het eerste gesprek is de schade afgewezen. Dus er was helemaal geen reden om nog een keer te bellen, de schade was afgewezen de eerste keer.

C: Nee, want ik moest de datum van de aankoop doorgeven.

(...)

V: Nee hoor, er was, naar aanleiding van het eerste gesprek wat u heeft gehad (...) geen allrisk dekking voor de schade, claim is gesloten. Dus er was helemaal geen reden om terug te bellen (...) de claim is gesloten op dat moment, hij is afgewezen.

C: Ja, maar omdat ik wist dat het wel onder de dekking valt, want wij hadden een buitenshuisverzekering.

V: Maar het was niet buiten gebeurd, waarom heeft u dat dan niet de eerste keer gezegd?

C: Jawel, dat heb ik gezegd, dat ik het binnen geconstateerd heb.

(...)."

- 2.5 Bij brief van 22 januari 2020 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd over de schadeafhandeling. Volgens de verzekeraar heeft dat de consument een verkeerde voorstelling van zaken gegeven over de oorzaak van de schade aan de telefoon. De verzekeraar heeft de volgende maatregelen genomen:
- De verkeerspolis van de consument is per 22 maart 2020 beëindigd.
 - De persoonsgegevens van de consument zijn voor acht jaar opgenomen in het Incidentenregister en hiervan is een melding gedaan aan het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit van het Verbond van Verzekeraars (hierna: het CBV).
 - De persoonsgegevens van de consument zijn voor de duur van drie jaar opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (EVR).
- 2.6 In een separate brief van 22 januari 2020 aan de partner van de consument heeft de verzekeraar de partner geïnformeerd over de gevolgen voor de verzekeringen. De verzekeraar heeft de Woonverzekering van de partner per direct beëindigd op grond van artikel 5 van de Algemene polisvoorwaarden omdat de consument een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven over de schade aan de telefoon.
- 2.7 De consument heeft bij brief van 28 december 2020 een klacht ingediend over het standpunt van de verzekering. Naar aanleiding van de klacht heeft de klachtbehandelaar op 7 januari 2021 met de consument telefonisch contact opgenomen. Ook dit gesprek heeft de verzekeraar aan het dossier toegevoegd.
- 2.8 De medewerker van Speciale Zaken heeft per e-mail van 13 januari 2021 gereageerd op de klacht van de consument. Hij heeft de consument bericht dat de verzekeraar het standpunt handhaaft. Wel heeft de verzekeraar de registratie in het EVR register met ingang van 7 januari 2021 verwijderd na een heroverweging van de proportionaliteitsbeoordeling. De incidentenregistratie en de melding daarvan aan het CBV blijven gehandhaafd. Op naam van de partner van de consument staan enkel de normale claimmeldingen geregistreerd in de CIS databank.

De klacht en vordering

- 2.9 De consumenten vorderen dat de maatregelen ongedaan worden gemaakt. De consumenten vorderen dat alle registraties van hun persoonsgegevens en de registraties op hun adres, ongedaan worden gemaakt. Daarnaast vorderen zij vergoeding van de materiële schade, begroot op een bedrag van € 1.252,92 voor de meerpremie per jaar van de elders gesloten verzekering(en), en immateriële schade.
- 2.10 De consumenten hebben ter onderbouwing van de vordering de volgende argumenten aangevoerd.

- De schade is in eerste instantie, in het gesprek van 25 november 2019 afgewezen. Naar aanleiding daarvan heeft de consument de voorwaarden gelezen. Vervolgens heeft de consument in een tweede gesprek, het gesprek van 26 november 2019, vragen gesteld over de dekking onder de inboedelverzekering en de dekking onder de kostbaarheden buitenhuisverzekering. Dit gesprek is informierend/afstemmend geweest. Hij heeft in dat gesprek alleen advies en informatie gevraagd en uitdrukkelijk niet de intentie gehad om een andere toedracht te geven om dekking onder de verzekering te krijgen. Dit gesprek heeft de verzekeraar ten onrechte wel zo opgevat. De omstandigheden rechtvaardigen dus niet de conclusie dat is gefraudeerd en dat sprake is van fraude kan de verzekeraar niet bewijzen. De opname van het tweede gesprek is immers niet beschikbaar. Hierdoor is de consument ook de mogelijkheid ontnomen om zich tegen het standpunt van de verzekeraar te verweren.
- De verzekeraar heeft in de interne klachtenprocedure de proportionaliteit van de registratie in het EVR opnieuw beoordeeld en heeft daarop een correctie toegepast die ertoe heeft geleid dat de registratie werd doorgehaald. De verzekeraar heeft dus twee verschillende onderbouwingen gegeven van de EVR registratie. De consument kan er daardoor niet op vertrouwen dat de verzekeraar eenduidig, betrouwbaar, zuiver en rechtmatig handelt. De melding in het EVR is hoe dan ook niet rechtmatig en disproportioneel. Door de melding in het EVR kan de consument alleen verzekeringen tegen een hogere premie sluiten. De verzekeraar heeft in strijd met zijn eigen fraudebeleid gehandeld door geen interne kosten op de consument te verhalen. Hieruit kan geen andere conclusie volgen dan dat geen sprake is van fraude.

Het verweer

2.11 De verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.

- De consument heeft de toedracht van de schade aan de mobiele telefoon aangepast na een afwijzing van de schade op de inboedelverzekering, met het doel aanspraak te kunnen maken op dekking onder de Kostbaarheden Buitenshuisverzekering. De consument heeft het opzet gehad de verzekeraar te misleiden en een uitkering te ontvangen waarop hij geen recht had. Op grond van artikel 7:941 lid 5 Burgerlijk Wetboek (BW) en op grond van artikel 7 van de Algemene Voorwaarden is het recht op uitkering vervallen. De verzekeraar verleent subsidiair geen dekking omdat de verzekerde gebeurtenis niet is aangetoond. De consument heeft meerdere verklaringen gegeven over de toedracht van de schade. Hierdoor kan de verzekeraar niet vertrouwen op de inlichtingen van de consument.
- De onjuiste schademelding van de consument rechtvaardigt opzegging van de verzekeringen van de consument en zijn partner en registratie van de persoonsgegevens van de consument. De registratie in het EVR is, na een herbeoordeling van de proportionaliteit, doorgehaald. De gegevens blijven voor acht jaar in het Incidentenregister staan. Hiervan is een melding aan het CBV gedaan.

De gegevens zijn ook voor de duur van acht jaar opgenomen in de Gebeurtenissen-administratie. Daarnaast zijn de gegevens, voor vijf jaar, in het Intern Verwijzingsregister opgenomen.

- De gegevens van de partner zijn voor de duur van acht jaar opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie, omdat een claim op haar verzekering is onderzocht en haar verzekeringen zijn opgezegd. Op grond van artikel 21 van de algemene voorwaarden is de schademelding van 26 november 2019 als neutrale claimmelding in de CIS-database opgenomen.
- De verzekeraar heeft de interne kosten niet op de consument verhaald, maar dit brengt niet mee dat het standpunt van de verzekeraar onjuist of onrechtmatig was of dat hij in strijd met zijn beleid heeft gehandeld.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De verzekeraar heeft op de zitting toegezegd dat de beëindiging van de verzekeringen van de partner van de consument worden omgezet in een beëindiging met wederzijds goedvinden. Daarnaast heeft hij toegezegd dat de meldingen in de Gebeurtenissenadministratie en de neutrale schademelding in het CIS van de persoonsgegevens van de partner, waarbij is vermeld dat de claim op de inboedelverzekering is onderzocht en dat haar verzekeringen zijn opgezegd, zullen worden doorgehaald.
- 3.2 Het voorgaande brengt mee dat de commissie nog een oordeel moet geven over de vraag of de consument recht heeft op uitkering voor de schade aan de telefoon en of de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren in het Incidentenregister, met een melding daarvan aan het CVB, en in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. Ook moet de commissie beoordelen of de verzekeraar de hogere premie moet vergoeden die de consumenten voor andere verzekeringen moeten betalen.

Is de schade aan de telefoon gedekt?

- 3.3 De verzekeraar stelt zich op het standpunt dat de consument heeft geprobeerd hem opzettelijk te misleiden door nadat dekking voor de schade aan de telefoon was afgewezen de schade opnieuw maar met een andere toedracht te melden. De verzekeraar stelt dat om deze reden geen recht op uitkering bestaat en heeft hiermee een beroep gedaan op artikel 7:94I lid 5 BW.
- 3.4 Op grond van artikel 7:94I BW is, kort gezegd, de verzekeringnemer verplicht de verzekeraar alle gegevens te verschaffen die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (lid 2) en vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer die verplichting niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden (lid 5).

De commissie moet dus beoordelen of de consument de verzekeraar onjuiste gegevens heeft verstrekt met het doel een schade-uitkering te krijgen waarop hij geen recht heeft.¹

Heeft de consument gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden?

- 3.5 De hoofdregel is dat het op de weg van de verzekeraar ligt om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven met als doel een hogere schade-uitkering te ontvangen dan waarop hij recht had. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hierin is geslaagd en zij licht dit oordeel hieronder toe.
- 3.6 De consument heeft een schade aan zijn telefoon bij de verzekeraar gemeld. Daarover hebben de consument en de verzekeraar drie telefoongesprekken gevoerd. Het eerste gesprek op 25 november 2019 en het tweede gesprek op 26 november 2019 heeft de consument met een medewerker van de verzekeraar gevoerd. Op 8 januari 2020 heeft de consument met de fraudecoördinator van de verzekeraar gesproken.
- 3.7 In het eerste gesprek heeft de consument schade gemeld aan zijn telefoon. De medewerker van de verzekeraar heeft de consument gevraagd wanneer en waar, binnenshuis of buitenshuis, de telefoon is gevallen. De consument heeft daarop geantwoord dat het binnen is geweest. Vervolgens heeft de medewerker gevraagd of de consument daar iets meer over kon vertellen en dan heeft de consument verteld dat hij ermee liep en dat deze uit zijn handen viel. De consument heeft bevestigd dat het binnenshuis was en in antwoord op de vraag in welke ruimte de beschadiging had plaatsgevonden, heeft de consument gezegd dat het de begane grond was, in de ruimte van de woonkamer en keuken. De consument heeft in het gesprek op 8 januari 2020 verklaard dat hij de schade op 25 november 2019 heeft gemeld en dat hij de dag erna heeft gebeld om aanvullende gegevens door te geven. Tijdens het telefoongesprek op 8 januari 2020 heeft de consument gezegd dat het toestel buiten was gevallen en dat hij de schade binnen had ontdekt. Ook heeft hij in dat gesprek gezegd dat in het eerste telefoongesprek is gevraagd waar de schade was ontdekt, niet waar de schade was gebeurd.
- 3.8 De lezingen van partijen over de inhoud van het gesprek op 26 november 2019, waarvan geen opname beschikbaar is, verschillen. Volgens de verzekeraar heeft de consument in dit gesprek de schade opnieuw gemeld met een andere toedracht.

¹ Zie overweging 3.1.5 van de volgende uitspraak van de Hoge Raad: HR 21 februari 2020, ECLI:NL:2020:311. Hierin heeft de Hoge Raad het volgende overwogen: "Het voorgaande brengt mee dat bij de beantwoording van de vraag of de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde met de schending van de in art. 7:941 lid 2 BW bedoelde mededelingsplicht het opzet heeft gehad de verzekeraar te misleiden, dient te worden onderzocht of daarbij de bedoeling heeft voorgezeten de verzekeraar te bewegen tot het verstrekken van een uitkering die hij zonder die schending niet zou hebben verstrekt." Deze uitspraak is te vinden op www.rechtspraak.nl.

Volgens de verzekeraar heeft de consument verklaard dat de telefoon tijdens het uit de auto stappen was gevallen en dat de consument vervolgens, na confrontatie met zijn melding op 25 november 2019, heeft verklaard dat het toestel niet in de woning maar buiten de woning was gevallen en dat hij de schade in de woning ontdekte. De verzekeraar heeft bij dit gesprek genoteerd dat het een schademelding was. Ook heeft de verzekeraar in de telefoonnotitie gerefereerd aan de schademelding van 25 november 2019. De verzekeraar heeft op de zitting uitgelegd dat als het gesprek, zoals de consument stelt, informatief van aard was, in de telefoonnotitie zou staan dat de verzekerde vragen had over de omvang van de dekking en dat hij is doorverwezen naar de polisadministratie. Het dossier zou dan zijn gesloten met de vermelding 'geen schademelding'. De verzekeraar heeft ook uitgelegd dat het weliswaar juist is, zoals de consument naar voren heeft gebracht, dat van de schade geen melding is gedaan bij de Stichting CIS, maar dat die melding wel gedaan had moeten worden en dat hieruit niet de conclusie kan worden getrokken dat het gesprek van 26 november 2019 geen schademelding was.

- 3.9 De lezing van de consument is dat hij op 26 november 2019 belde om aanvullende informatie door te geven over het toestel, en omdat de informatie die de medewerker in het eerste gesprek heeft gegeven over de dekking van de inboedelverzekering en de Kostbaarheden Buitenshuisverzekering volgens hem niet klopte. Het tweede gesprek was volgens hem dus informerend van aard en had niet als doel om dezelfde schade met een andere oorzaak opnieuw te melden, om hiervoor alsnog dekking te krijgen.
- 3.10 De commissie is van oordeel dat uit de gesprekken en de dossiernotitie van de verzekeraar in voldoende mate is komen vast te staan dat de consument de schade op 26 november 2019 met een andere toedracht heeft gemeld, met de bedoeling uitkering te ontvangen onder de Kostbaarheden Buitenshuisverzekering, nadat die schade op 25 november 2019 onder de inboedelverzekering was afgewezen. De commissie stelt vast dat de stelling van de consument dat hij belde om een verduidelijking te geven van het eerste gesprek of om vragen te stellen over de omvang van de (buitenshuis)dekking op geen enkele manier wordt bevestigd door de telefoonnotitie van de verzekeraar. Deze lezing van de consument is ook niet aannemelijk. Als juist is, zoals de consument stelt, dat hij informerend belde omdat hem was gebleken dat de informatie die de medewerker over de buitenshuisdekking niet juist was, is daarmee niet te rijmen dat de consument, in ieder geval in het gesprek van 8 januari 2020, de toedracht van de schade heeft gewijzigd door te verklaren dat de telefoon buiten was gevallen. Verder is ook het volgende relevant.
- 3.11 Uit de informatie die de consument tijdens het eerste gesprek heeft gegeven kan geen andere conclusie volgen dan dat hij de telefoon binnenshuis had laten vallen. Als de consument de telefoon buiten had laten vallen en de schade pas binnen had ontdekt, dan had hij dat toen duidelijk gemaakt.

En dat heeft hij niet gedaan. Integendeel, aan het eind van het gesprek heeft de consument bevestigd dat de telefoon niet buiten was gevallen maar binnen. Ook blijkt uit dit gesprek dat de consument het jammer vindt dat de schade niet is gedekt en dat hij in de voorwaarden had gekeken en in de veronderstelling verkeerde dat de schade wel was gedekt omdat het valschade was. Vervolgens blijkt in dat gesprek dat voor valschade een allriskdekking nodig is en dat de consument een standaardinboedelverzekering heeft. Daarna vraagt de consument of de schade gedekt zou zijn geweest onder de Kostbaarheden Buitenshuisverzekering als de telefoon op een andere locatie was gevallen. De medewerker bevestigt daarop dat de schade mogelijk wel was gedekt als de telefoon op straat was gevallen. In dit gesprek is de schade afgewezen en het gesprek gaf geen enkele aanleiding om later aanvullende informatie over het toestel door te geven.

- 3.12 Ook vindt de commissie de inhoud van het telefoongesprek van 8 januari 2020 van belang. Daarin verklaart de consument dat de telefoon buiten, bij het uit de auto stappen, was gevallen, dat hij de schade binnen had ontdekt en dat hij dat in het eerste gesprek had gemeld. Dit is onjuist, zo blijkt uit de hierboven weergegeven transcriptie van het gesprek op 25 november 2019. Ook heeft hij op 8 januari 2020 verklaard dat hem in het eerste gesprek zou zijn gevraagd waar hij de schade heeft geconstateerd, maar dat is eveneens niet juist. Ook na confrontatie met wat hij in het eerste gesprek heeft gezegd, houdt de consument vol dat hij toen heeft verklaard dat de schade binnen is ontdekt maar dat de telefoon buiten is gevallen. Later in het gesprek verklaart hij dat het aannemelijk is dat de telefoon buiten is gevallen.
- 3.13 Uit de gesprekken en de verklaringen van de consument op de zitting is af te leiden dat de consument zijn eerdere verklaringen na confrontatie ontkent en blijft ontkennen en dat hij meerdere keren een andere weergave en interpretatie schetst van wat hij gezegd en bedoeld zou hebben. Hieruit blijkt de kennelijke bedoeling zijn frauduleuze gedrag te verbloemen en onder de gevolgen van dit gedrag uit te komen. Aan deze conclusie doet niet af dat de opname van het gesprek op 26 november 2019 niet beschikbaar is. Evenmin kan het feit dat de verzekeraar geen interne kosten voor het onderzoek bij de consument in rekening bracht, meebrengen dat het standpunt van de verzekeraar over de fraude onjuist is.
- 3.14 Het bovenstaande betekent dat de verzekeraar in deze zaak op grond van de wet (artikel 7:941 lid 5 BW) uitkering mag weigeren.

Beëindiging verzekeringen en vordering tot vergoeding van de hogere premie

- 3.15 De verzekeraar heeft de autoverzekering van de consument bij FBTO beëindigd op grond van artikel 6 van de Algemene Voorwaarden (AV-03-182) en artikel 7:940 lid 3 BW.

Op grond van artikel 7:940 lid BW is beëindiging van de verzekering met een opzegtermijn van twee maanden mogelijk als hiervoor een grondslag in de voorwaarden is opgenomen en het in redelijkheid niet van de verzekeraar kan worden gevergd dat de verzekering wordt voortgezet. Artikel 6 van de Algemene Voorwaarden (AV-03-I82) bepaalt dat beëindiging in bijzondere gevallen mogelijk is. In dit geval is de verzekering beëindigd omdat de consument de verzekeraar opzettelijk heeft misleid met een claim op de inboedelverzekering bij Centraal Beheer. De beëindiging van de autoverzekering is naar het oordeel van de commissie terecht. Opzettelijke misleiding van de verzekeraar door de consument in het kader van een bij de verzekeraar lopende verzekering is een bijzonder geval dat maakt dat voortzetting van de verzekeringsrelatie met de consument niet van de verzekeraar kan worden gevergd.

- 3.16 De verzekeraar heeft daarnaast ook de verzekeringen van de partner van de consument, waarop de consument is meeverzekerd, beëindigd op grond van artikel 7:940 lid 3 BW en artikel 5 van de Algemene voorwaarden (DLP-AV-01-201). Het gaat om de Kostbaarheden Buitenshuisverzekering, Inboedelverzekering, Opstalverzekering en Aansprakelijkheidsverzekering. Op de zitting hebben partijen afgesproken dat deze opzegging wordt gewijzigd in een beëindiging met wederzijds goedvinden. Over de vordering tot vergoeding van de hogere premie die de consument en zijn partner als gevolg van deze opzegging hebben betaald, is geen overeenstemming bereikt. De commissie oordeelt daarover als volgt.
- 3.17 De verzekeraar heeft uitgelegd dat de consument en zijn partner bij het sluiten van een nieuwe inboedel-, opstal- en Kostbaarheden Buitenshuisverzekering hinder zullen ondervinden van de opzegging van de autoverzekering van de consument. Dit is echter het gevolg van de fraude van de consument en daarvan treft de verzekeraar geen verwijt. Een vergoeding van de hogere premie die de consument en zijn partner voor deze verzekeringen hebben betaald, kan daarom niet worden toegewezen. Voor het sluiten van een nieuwe aansprakelijkheidsverzekering voor de partner van de consument ligt dit anders omdat de partner deze zelfstandig voor zichzelf kan afsluiten. De verzekeraar heeft een bedrag van € 400,00 aangeboden ter vergoeding van de hogere premie die de partner van de consument verschuldigd was voor de aansprakelijkheidsverzekering. Naar het oordeel van de commissie is dit redelijk en zij wijst dit bedrag toe.

De registratie van de persoonsgegevens van de consument

- 3.18 De verzekeraar heeft de persoonsgegevens van de consument geregistreerd omdat hij vindt de consument heeft gefraudeerd. De gegevens zijn voor de duur van acht jaar opgenomen in het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie en voor de duur van vijf jaar in het aan de Gebeurtenissenadministratie gekoppelde Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR). Wat deze registers inhouden licht de commissie hierna toe.

De registratie van de persoonsgegevens van de consument in het Incidentenregister en de melding aan het CBV

- 3.19 Elke verzekeraar houdt zelf een Incidentenregister bij. Daarin maakt de verzekeraar een melding aan waarin hij het incident omschrijft. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van de verzekeraar hebben toegang tot dit systeem. Toch kan deze registratie een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld.
- 3.20 Omdat deze registratie grote gevolgen kan hebben voor consumenten, is de commissie van oordeel dat verzekeraars niet zonder goede reden persoonsgegevens mogen opnemen in het genoemde register. Er worden dan ook terecht hoge eisen gesteld aan die reden(en).² De eisen voor registratie in het Incidentenregister zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2013 (hierna: 'het Protocol', zie bijlage).
- 3.21 Opname in het Incidentenregister is, op grond van artikel 3.1.1 Protocol, toegestaan wanneer sprake is van een Incident als omschreven in artikel 2 van het Protocol en het doel van het Incidentenregister zoals omschreven in artikel 4.1.1 van het Protocol is gediend bij registratie. Verder geldt bij registratie van persoonsgegevens dat de belangen van de betrokken consument hierbij in acht moeten worden genomen.
- 3.22 De verzekeraar heeft de gegevens van de consument geregistreerd naar aanleiding van een Incident. Daarbij ging het om een mogelijke (poging tot een) strafbare gedraging als fraude, te weten het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie over de toedracht van de schade om dekking onder de verzekering te verkrijgen. In de overwegingen 3.5-3.12 heeft de commissie geconcludeerd dat opzettelijke misleiding, en daarmee fraude, is komen vast te staan. Dit brengt mee dat het doel van het Incidentenregister, zoals bepaald in artikel 4.1.1 van het Protocol, is gediend bij de opname van de gegevens van de consument in dit register.³
- 3.23 De verzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie de belangen van consument in voldoende mate meegewogen. De registratieduur van acht jaar in het Incidentenregister acht de commissie, gelet op alle omstandigheden van het geval, proportioneel.

² Zie o.a. Hof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2016, ECLI:NL:GHARL:2016:494, r.o. 4.3, te vinden op www.rechtspraak.nl.

³ Zie Hof Den Haag 10 april 2018, ECLI:NL:GHDHA:2018:655, r.o. 29 e.v.; en Geschillencommissie Kifid 2018-377, onder 4.6 en 2018-504 onder 4.11.

Daarbij weegt de commissie mee dat de consument de verzekeraar heeft proberen te misleiden, en na confrontatie met wat hij heeft gezegd blijft ontkennen en verdraaien, en dat de verzekeraar een proportionaliteitsafweging heeft gemaakt die zodanig in het voordeel van de consument is uitgevallen dat de melding in het EVR is doorgehaald. Ook neemt de commissie mee dat de externe werking van het Incidentenregister beperkt is: de informatie in het Incidentenregister kan alleen onder beperkte voorwaarden worden uitgewisseld met de veiligheidsafdeling van een andere verzekeraar. De verzekeraar heeft op de zitting toegelicht dat als de consument niet betrokken raakt bij een ander incident, de melding van de verzekeraar ook niet naar boven komt. Van omstandigheden die tot verkorting van de duur van deze registratie zouden moeten leiden, is de commissie niet gebleken.

- 3.24 Op grond van artikel 4.2.3 van het Protocol worden de gegevens in het Incidentenregister uitgewisseld met functionarissen werkzaam bij de daartoe ingerichte coördinatiefuncties van het Verbond van Verzekeraars, te weten het fraudeloket. Dit is het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit. Gelet op wat hiervoor is overwogen is voor het toewijzen van de vordering tot intrekking van de melding van de incidentenregistratie aan het CBV dus geen grond aanwezig.

De interne registraties – de Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister

- 3.25 De verzekeraar heeft de gegevens voor een periode van acht jaar opgenomen in zijn Gebeurtenissenadministratie en voor een periode van vijf jaar in het Intern Verwijzingsregister (IVR). Deze registers vormen het interne waarschuwingssysteem van de verzekeraar en de groep financiële ondernemingen waar de verzekeraar deel van uitmaakt. Het doel van een registratie in deze registers is om de veiligheid en integriteit van de eigen organisatie te waarborgen.⁴ De verzekeraar neemt (persoons)gegevens op in de Gebeurtenissenadministratie wanneer zich iets heeft voorgedaan dat de aandacht verlangt van de verzekeraar vanwege een mogelijk effect op de veiligheid en integriteit van de financiële instelling.⁵ De Afdeling Veiligheidszaken van de verzekeraar beheert de Gebeurtenissenadministratie en alleen medewerkers van die afdeling kunnen deze inzien. Wanneer een consument een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar of de groep waartoe de verzekeraar behoort, mag de verzekeraar de gegevens van die persoon ook opnemen in het IVR. De medewerkers van de eigen organisatie kunnen dan zien dat die persoon was betrokken bij een 'gebeurtenis'.

- 3.26 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR.

⁴ Artikel 5.4.3 Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars (GVPV)

⁵ Artikel 10 GVPV

De verzekeraar heeft toegelicht dat de registratie voldoet aan de vereisten omdat de feiten en omstandigheden bij deze schade kunnen worden aangemerkt als een gebeurtenis in de zin van de GVPV. De commissie volgt de verzekeraar in dit standpunt. De consument heeft geprobeerd met een onjuiste voorstelling van zaken een uitkering te krijgen waarop hij geen recht heeft. Dit is iets dat de aandacht van de verzekeraar verlangt vanwege een mogelijk effect op en een risico voor de veiligheid en integriteit.

- 3.27 De melding in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR moet ook voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Bij subsidiariteit gaat het om het uitgangspunt dat er geen lichter middel mag zijn om hetzelfde doel te bereiken. Het doel van de registratie is de eigen organisatie erop opmerkzaam te maken dat er wat met de consument aan de hand is. De verzekeraar heeft uitgelegd dat het IVR alleen in het kader van acceptatie of schadeafhandeling mag worden geraadpleegd. Dat doel is niet op een andere manier te bereiken dan met een melding in het IVR. Dus aan de eisen van subsidiariteit is voldaan. Bij proportionaliteit gaat het om de afweging van de belangen over en weer. Het belang van de financiële instellingen om opmerkzaam te worden gemaakt op het gedrag van de consument moet zwaarder wegen dan het belang van de consument dat de verzekeraar in de toekomst deze gebeurtenis niet in zijn beslissingen meeweegt. De commissie is van oordeel dat de interne registratie proportioneel is en dat niet is gebleken van belangen aan de zijde van de consument die maken dat de melding in het IVR die voor vijf jaar is geplaatst en de melding in de Gebeurtenissenadministratie van acht jaar (eerder) moeten worden doorgehaald.

Slotsom

- 3.28 De commissie is van oordeel dat in voldoende mate is komen vast te staan dat de consument opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven om een uitkering onder de verzekering te krijgen waarop hij geen recht heeft. De schade aan de telefoon is op die grond terecht afgewezen en de verzekering van de consument is terecht beëindigd. Ook de registratie van de persoonsgegevens van de consument is terecht en proportioneel. De commissie wijst voor de door de partner van de consument betaalde hogere premie voor de aansprakelijkheidsverzekering een bedrag van € 400,00 toe.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken nadat deze beslissing aan partijen is verstuurd een bedrag van € 400,00 aan de partner van de consument vergoedt en 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.

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 - Relevante bepalingen uit regelgeving en de algemene voorwaarden

Algemene Voorwaarden DLP-AV-01-201 Centraal Beheer

Begin en einde van de verzekering

(...)

5. Wanneer mogen wij een verzekering stoppen zonder opzegtermijn?

(...)

U of een verzekerde pleegde fraude of bedreigde een medewerker.

- Wij kunnen alle verzekeringen stoppen die u met Centraal Beheer heeft gesloten.
- U moet uitkeringen en kosten terugbetalen.
- U krijgt geen premie terug.
- Wij zullen dit gedrag ook voorleggen aan andere particuliere schadeverzekeraars van Achmea. Dat zijn FBTO, Interpolis, Avéro en Inshared. Zij kunnen hierdoor ook besluiten verzekeringen te stoppen.
- Wij mogen de fraude of bedreiging doorgeven aan de politie.
- Wij mogen de fraude of bedreiging registreren.
 - o Alle verzekeraars in Nederland kunnen dit zien.

Bij begrippen ziet u wat wij onder fraude verstaan.

Algemene Voorwaarden AV-03-182 FBTO

Begin en einde

(...)

6. Wanneer mogen wij een verzekering stoppen met 2 maanden opzegtermijn?

(...)

In bijzondere gevallen

- Wij moeten aangeven waarom het redelijk is dat de verzekering stopt.
- Wij moeten aangeven waarom het een bijzonder geval is.

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.

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>.