

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0509

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. D. van der Linden,
mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. R.A. Blom, secretaris)

Datum uitspraak	6 juli 2023
Klacht van	De consument
Tegen	Achmea Schadeverzekeringen N.V. h.o.d.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

Samenvatting

Schending precontractuele mededelingsplicht. Uitsluitingsclausule. Registratie IVR. Registratie Gebeurtenissenadministratie. De consument heeft bij de verzekeraar een claim ingediend vanwege arbeidsongeschiktheid. De verzekeraar heeft dekking afgewezen en met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule op de polis geplaatst, omdat de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende precontractuele mededelingsplicht zou hebben geschonden. Ook zijn de persoonsgegevens van de consument in het IVR opgenomen. De consument vordert dat de uitsluitingsclausule van de polis wordt verwijderd en hij met terugwerkende kracht uitkering ontvangt. Tevens vordert hij verwijdering van zijn persoonsgegevens uit het IVR. De commissie oordeelt dat de verzekeraar zich terecht op het standpunt stelt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De door de verzekeraar aan de schending van de precontractuele mededelingsplicht verbonden consequenties mogen in stand blijven. De klacht is ongegrond.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het 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.
- I.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde mr. S.E.H. Lucassen van Stichting Achmea Rechtsbijstand.
- I.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.
- I.4 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 per 15 januari 2021 een arbeidsongeschiktheidsverzekering (hierna: de verzekering) bij de verzekeraar gesloten. Op de verzekering zijn de algemene voorwaarden met modelnummer 43006 (hierna: de voorwaarden) van toepassing. Bij de aanvraag van de verzekering heeft de consument op 8 januari 2021 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. In de gezondheidsverklaring heeft de consument – onder andere – de volgende vragen met ‘nee’ beantwoord:

“(....)”

Psyche

Had of heeft u last van overwerktheid, overspannenheid, burn out, slapeloosheid, hyperventilatie, angststoornis, ADHD, ADD, autisme spectrum-stoornis (ASS), depressie, psychose, alcoholisme, verslaving, schizofrenie. Of andere klachten, ziekte of aandoening van psychische aard?

(...)

Overige

Had of heeft u last van een andere klacht, ziekte of aandoening die hiervoor nog niet genoemd is?”

- 2.2 De consument heeft een aanvullende opmerking geplaatst onderaan de gezondheidsverklaring:

“Ik ben bij de huisarts geweest met een wat langer (circa 2 weken) aanhoudende hoest. Dit was in de corona tijd dus belangrijk genoeg om iets mee te doen en besproken met een praktijkondersteuner en dat was verhelderend en verder geen bijzonderheden. Nog wel voor de zekerheid bij een KNO arts geweest om in de keel te kijken maar ook daar kwamen gelukkig geen bijzonderheden uit.”

- 2.3 De consument heeft per 30 juni 2021 een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering in verband met psychische klachten. De verzekeraar heeft de claim in behandeling genomen. Op 15 juli 2021 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat wordt onderzocht of de consument alle gegevens heeft gemeld bij het aangaan van de verzekering. In dat kader heeft de medisch adviseur van de verzekeraar op 26 augustus 2021 medisch advies uitgebracht aan de verzekeraar.
- 2.4 De consument is eind augustus 2021 weer volledig aan het werk gegaan.
- 2.5 Bij brief van 6 september 2021 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat uit zijn onderzoek volgt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door niet alles te melden over zijn psychische klachten.

Daarom heeft de verzekeraar de volgende uitsluitingsclausule met terugwerkende kracht op de polis geplaatst:

“Vanaf 15 januari 2021 bestaat geen recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid ten gevolge van en/of verband houdend met psychische klachten, aandoeningen of oorzaken alsmede ten gevolge van en/of verband houdend met klachten waarvoor bij medisch onderzoek geen lichamelijke afwijkingen worden gevonden die deze klachten verklaren.

Behalve de hierboven genoemde klachten is ook arbeidsongeschiktheid ten gevolge van en/of verband houdend met psychische klachten, aandoeningen of oorzaken uitgesloten van de verzekering.” (hierna: de uitsluitingsclausule).

Verder informeert de verzekeraar de consument dat zijn persoonsgegevens voor de duur van 8 jaar in het Intern Verwijzingsregister (hierna: IVR) worden opgenomen.

- 2.6 Bij brief van 8 september 2021 heeft de verzekeraar de aangepaste polis met de uitsluitingsclausule aan de consument toegestuurd. In een aparte brief van gelijke datum heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat de claim wordt afgewezen en er geen recht op dekking is, omdat de klachten onder de uitsluitingsclausule vallen.
- 2.7 De consument is het hiermee niet eens en heeft een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

- 2.8 De consument vordert uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering met terugwerkende kracht per 30 juni 2021, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf genoemde datum. Daarnaast vordert hij dat de uitsluitingsclausule van zijn polis wordt verwijderd en dat zijn persoonsgegevens in het IVR worden doorgehaald dan wel dat de duur van de IVR-registratie wordt verkort. Ter onderbouwing van zijn vordering voert de consument de volgende argumenten aan.
- 2.9 De consument stelt dat hij recht heeft op dekking onder de verzekering vanwege arbeidsongeschiktheid en betwist dat hij zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.
- 2.10 De consument meent dat hij de vraag over ‘psyche’ met ‘nee’ mocht beantwoorden. Hij had – anders dan in de gespreksverslagen van de GGZ-praktijkondersteuner staat – geen klachten met betrekking tot slapen, eten, angst en paniek. Wel had hij zorgen over zijn hoestklachten, maar dit is niet gelijk te stellen aan angst of andere psychische problematiek. Dit is ook bevestigd door zijn huisarts in een verklaring aan de medische adviseur van de verzekeraar. Zelfs als de consument deze klachten wel zou hebben ervaren, waren de klachten volgens hem niet dermate ernstig dat hij had moeten weten of begrijpen dat dit klachten van psychische aard zijn en hij de vraag over ‘psyche’ bevestigend had moeten beantwoorden. Er is ook nooit een diagnose gesteld. De verzekeraar heeft dus onvoldoende onderbouwd dat sprake is van klachten van psychische aard die maken dat de consument de vraag over ‘psyche’ met ‘ja’ had moeten beantwoorden.

- 2.11 De consument betwist dat hij de vraag ‘overige’ *“had of heeft u last van een andere klacht, ziekte of aandoening die hiervoor nog niet genoemd is?”* met ‘ja’ had moeten beantwoorden. De vraag is te algemeen geformuleerd waardoor hij niet wist en of behoorde te begrijpen dat zijn zorgen met betrekking tot het hoesten onder ‘overige’ vallen.
- 2.12 Onderaan de gezondheidsverklaring heeft de consument bovendien melding gemaakt van het huisartsbezoek vanwege hoestklachten, de doorverwijzing naar de KNO-arts en de doorverwijzing naar de praktijkondersteuner. Dat hij op de gezondheidsverklaring niet expliciet heeft aangegeven dat het om een GGZ-praktijkondersteuner gaat, kan hem niet verweten worden. Voor de consument was niet duidelijk, en hij behoorde dit ook niet te weten, dat er verschillende praktijkondersteuners zijn. De consument is niet medisch onderlegd en hij kon dit ook niet opmaken uit de gezondheidsverklaring nu er geen definitie van praktijkondersteuner is gegeven. Indien dit gegeven voor de verzekeraar wel van groot belang was, had de verzekeraar navraag moeten doen bij de consument welk type praktijkondersteuner hij heeft bezocht. Dat de verzekeraar dit niet gedaan heeft, komt voor zijn risico.
- 2.13 Bovendien zijn de vermeende verzwegen klachten niet relevant voor de beoordeling van het risico, omdat op basis van de beschikbare medische informatie de aard en ernst van de problematiek niet voldoende vaststaat dat dit een clause rechtvaardigt. Een redelijk handelend verzekeraar had bij kennis van de ware stand van zaken geen clause geplaatst. Met het opnemen van een uitsluitingsclause ondanks de beperkte ernst van de door de consument ervaren klachten, hanteert de verzekeraar een afwijkend acceptatiebeleid dat niet kenbaar was voor de consument. Ook om die reden dient de uitsluitingsclause van de polis te worden gehaald. Bovendien is de uitsluitingsclause te ruim geformuleerd en kan deze clause om die reden niet worden gehandhaafd.
- 2.14 In het geval de commissie wel oordeelt dat sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht dient de verzekeraar ook uitkering te verstrekken, omdat de klachten waarvoor de consument is uitgevallen niet onder de uitsluitingsclause vallen. Bovendien is er geen causaal verband tussen de vermeende verzwegen klachten en het verwezenlijke risico.
- 2.15 De persoonsgegevens in het IVR moeten worden doorgehaald omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet heeft geschonden. Wanneer de commissie oordeelt dat wel sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht dient de registratie ook te worden doorgehaald of te worden verkort. Er dient immers een belangenafweging plaats te vinden of en voor welke duur de gegevens in het IVR komen te staan en dit heeft de verzekeraar nagelaten.

Het verweer

- 2.16 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

- 3.1 De commissie ziet zich voor de vraag gesteld of de consument bij het sluiten van de verzekering de op hem rustende mededelingsplicht – de ‘precontractuele’ mededelingsplicht – heeft geschonden, de verzekeraar uitkering mocht weigeren en de gegevens van de consument in het IVR mocht opnemen.

Wat zijn de rechtsregels?

- 3.2 Op grond van artikel 7:928 lid I van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) rust er bij het sluiten van een verzekering een mededelingsplicht op de verzekeringnemer. Hij is verplicht om relevante feiten, die hij kent of behoort te kennen, aan de verzekeraar mede te delen. Onder ‘relevant’ wordt verstaan: relevant voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar. Hierbij geldt dat de verzekeringnemer alleen feiten hoeft mede te delen, waarvan hij de relevantie inziet of behoort te begrijpen.
- 3.3 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt hetgeen bepaald is in lid 6 van artikel 7:928 BW.
- 3.4 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen¹.
- 3.5 Bij de beoordeling van de vraag welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang.²
- 3.6 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in dat feit is geïnteresseerd. Met andere woorden, de verzekeringnemer moet dan aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar.³

¹ Zie de uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, rechtsoverweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, rechtsoverweging 3.7.

² Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

³ Zie ook weer HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, rechtsoverweging 3.3.

- 3.7 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst kan er (onder meer) toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering niet of slechts onder (een) bepaalde voorwaarden(n) zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW). Een succesvol beroep hierop kan nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de verzekeringnemer/verzekerde.
- 3.8 Het is de verzekeraar die een beroep toekomt op artikel 7:930 lid 3 BW toegestaan om de voorwaarde(n) die hij zou hebben bedongen met kennis van de ware stand van zaken, alsnog in de verzekering op te nemen.⁴ De verzekeringnemer heeft in dat geval het recht de verzekering op te zeggen (artikel 7:929 lid 3 BW).
- 3.9 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering de aanvraag onder andere voorwaarden had geaccepteerd, 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.⁵
- 3.10 Met inachtneming van het voorgaande, overweegt de commissie als volgt.

Heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden bij het invullen van de gezondheidsverklaring?

- 3.11 De commissie zal de vraag beantwoorden of de consument de gezondheidsverklaring onjuist heeft ingevuld en daarmee zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.
- 3.12 Uit de informatie van de huisarts blijkt dat de consument de huisarts heeft bezocht met keelklachten omdat hij bezorgd en angstig was dat er iets ernstig speelde. De huisarts heeft hem doorverwezen naar de KNO-arts voor verder onderzoek en naar de GGZ-praktijkondersteuner in verband met angstklachten voor lichamelijk lijden. Uit de verslagen van de GGZ-praktijkondersteuner volgt dat de code voor behandeling ‘angststoornis/angsttoestand’ is. In de verslagen wordt melding gemaakt dat hij psychische problemen ervaart zoals somberheid en angsten en dat de consument lichamelijke klachten ervaart zonder duidelijke lichamelijke oorzaken. Verder heeft hij problemen met slapen en eten. Ook blijkt uit het gespreksverslag dat hij ziek naar huis is gegaan en minder uren heeft gewerkt als gevolg van klachten als misselijkheid, zich raar voelen en het gevoel hebben de weg kwijt te raken. Tot slot blijkt dat de consument al langere tijd lichamelijke klachten en angst- en panieklachten heeft.

⁴ Zie Geschillencommissie Kifid 30 januari 2014, 2014-53, overwegingen 5.7 en 5.8.

⁵ Zie HR 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, gepubliceerd op rechtspraak.nl.

- 3.13 De commissie oordeelt dat op basis van de informatie uit het huisartsenjournaal, de gespreksverslagen van de GGZ-praktijkondersteuner en het feit dat hij een half jaar voor het invullen van de gezondheidsverklaring minder is gaan werken, het aannemelijk is dat de consument bekend was met psychische klachten.
- 3.14 In de gezondheidsverklaring wordt bij ‘psyche’ gevraagd naar klachten, ziekte of aandoeningen van psychische aard. Vervolgens is een niet-limitatieve opsomming gegeven waaraan gedacht kan worden. Gelet op de genoemde voorbeelden was het niet nodig om definities op te nemen.⁶
- 3.15 Uit de tekst in de gezondheidsverklaring had de consument naar het oordeel van de commissie kunnen en moeten begrijpen dat de klachten waarmee hij zich slechts 6 maanden voor het invullen van het gezondheidsformulier bij zijn huisarts heeft gemeld en waarvoor hij twee gesprekken heeft gehad met de GGZ-praktijkondersteuner, voor de verzekeraar van belang waren. De vraag over ‘psyche’ op de gezondheidsverklaring is in duidelijke en niet mis te verstane bewoording opgesteld. Zeker omdat twee voorbeelden, slapeloosheid en angststoornis, die in de gezondheidsverklaring zijn opgenomen, klachten zijn waarmee de consument zich bij zijn huisarts en de GGZ-praktijkondersteuner heeft gemeld. Dat de consument zijn zorgen niet als ziekte, aandoening of klacht van psychische aard zag en daarom niet hoefde te melden, treft geen doel. Omdat de verzekeraar bij de vraag over ‘psyche’ hier concreet naar heeft gevraagd, had hij dit moeten melden. Of er ten aanzien van de klachten al dan niet een diagnose is gesteld, is gezien de vraagstelling in de gezondheidsverklaring niet relevant. Daar wordt namelijk *niet* naar gevraagd.
- 3.16 Het argument van de consument dat de verzekeraar de feiten behoorde te kennen omdat hij bij ‘overige’ wel melding van de gesprekken met de praktijkondersteuner heeft gemaakt en de verzekeraar daarover nadere informatie bij hem had moeten opvragen, maakt voorgaande niet anders. Artikel 7:928 lid 4 tweede zin bepaalt dat dit bij een onjuist of onvolledig antwoord niet kan worden tegengeworpen aan de verzekeraar, maar voor rekening en risico komt van de verzekeringnemer die de vraag onjuist of onvolledig heeft beantwoord. Nu de consument de vraag over ‘psyche’ onjuist heeft beantwoord, komt dit voor zijn rekening en risico en dus is sprake van schending van de precontractuele mededelingsplicht.
- 3.17 Het voorgaande brengt mee dat de consument de vraag over ‘psyche’ op de gezondheidsverklaring met ‘ja’ had moeten beantwoorden. Door dit niet te doen heeft de consument zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden.
- 3.18 Ten overvloede merkt de commissie nog op dat uit de door de consument gegeven informatie onder ‘overige’ enkel volgt dat hij de huisarts en praktijkondersteuner heeft gezien vanwege hoestklachten.

⁶ Zie Geschillencommissie Kifid 31 oktober 2022, 2022-0916.

Nergens heeft de consument daarbij ook de overige klachten als angst, piekeren en een langere periode van lichamelijke klachten zonder duidelijke lichamelijke oorzaken, die wel in het dossier van de huisarts zijn opgenomen, vermeld.

Redelijk handelend verzekeraar

- 3.19 Vervolgens is de vraag aan de orde wat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken zou hebben gedaan.
- 3.20 De verzekeraar heeft toegelicht dat een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering onder beperkende voorwaarden had gesloten door de uitsluitingsclausule te plaatsen en heeft dit nader onderbouwd door toe te lichten dat de casus intern is besproken met meerdere medisch adviseurs, die ook andere verzekeraars adviseren. Alle medisch adviseurs hebben aangegeven dat bij kennis van de ware stand van zaken de uitsluitingsclausule zou zijn geplaatst. De consument heeft daartegenover geen concrete feiten of omstandigheden ingebracht.
- 3.21 Hiermee heeft de verzekeraar naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd dat hij, overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar, bij kennis van de ware stand van zaken de verzekering alleen zou hebben geaccepteerd met de uitsluitingsclausule.

Recht op uitkering

- 3.22 Vervolgens dient de commissie de vraag te beantwoorden of de klachten waarvoor de consument dekking vraagt onder de uitsluitingsclausule vallen. Wanneer de klachten onder de uitsluitingsclausule vallen, is de verzekeraar op grond van artikel 7:930 lid 3 BW geen uitkering verschuldigd aan de consument.
- 3.23 De verzekeraar heeft op basis van het medisch advies van zijn medisch adviseur geoordeeld dat de klachten als gevolg waarvan de consument arbeidsongeschikt is geworden, psychische klachten, onder de uitsluitingsclausule vallen en er dus geen recht op dekking bestaat. De consument stelt daartegenover dat de ervaren klachten niet onder de uitsluitingsclausule vallen.
- 3.24 De commissie oordeelt dat de niet nader onderbouwde stelling van de consument dat zijn klachten niet onder de uitsluitingsclausule vallen onvoldoende zijn om tot een ander oordeel dan de verzekeraar te komen. De verzekeraar mocht dekking onder de verzekering afwijzen.

Registratie van de persoonsgegevens

- 3.25 Tot slot dient de commissie te beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens voor de duur van 8 jaar in het IVR heeft mogen opnemen.

- 3.26 De Gebeurtenissenadministratie en het Intern Verwijzingsregister (IVR) 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.⁷ 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.⁸ 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 aan de Gebeurtenissenadministratie gekoppelde IVR. De medewerkers van de eigen organisatie kunnen dan zien dat die persoon was betrokken bij een 'gebeurtenis'.⁹
- 3.27 Zoals uit het voorgaande volgt, is het IVR gekoppeld aan de Gebeurtenissenadministratie. Dit betekent dat zolang de gegevens in het IVR zijn opgenomen, de gegevens ook in de Gebeurtenissenadministratie zijn opgenomen. De commissie zal daarom beoordelen of de verzekeraar de persoonsgegevens voor de duur van 8 jaar in het IVR én de Gebeurtenissenadministratie mocht opnemen.
- 3.28 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar de persoonsgegevens van de consument mocht registreren in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. De verzekeraar heeft aangegeven dat hij de gegevens in het IVR heeft opgenomen om zijn eigen groep te waarschuwen omdat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie is van oordeel dat hiermee is voldaan aan het vereiste voor opname in het IVR, namelijk dat sprake moet zijn van een risico voor de veiligheid en integriteit van de verzekeraar of de groep waartoe de verzekeraar behoort.
- 3.29 Voor de vraag of de registratie in de interne registers gerechtvaardigd is, is ook van belang of is voldaan aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit.
- 3.30 Subsidiariteit houdt in dat een maatregel alleen is toegestaan als met een lichtere maatregel niet kan worden volstaan. De commissie is van oordeel dat een lichtere maatregel dan registratie in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR, om het beoogde doel te bereiken (namelijk het waarschuwen van de eigen organisatie) niet voorhanden is. Aan het beginsel van subsidiariteit is voldaan.

⁷ Artikel 4.5.3 GVPV.

⁸ Artikel 10 GVPV.

⁹ Zie ook GC Kifid 2021-1084.

- 3.31 Proportionaliteit houdt in dat de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het IVR en de Gebeurtenissenadministratie een proportionaliteitsafweging dient te maken bij de beoordeling van de vraag of hij de gegevens in die registers zal registreren, en zo ja, voor welke duur. Het belang van de financiële sector bij registratie moet worden afgewogen tegen de nadelige gevolgen die de registratie voor de betrokkene heeft. Ook mag de duur van de registratie, in dit geval 8 jaar, niet buitenproportioneel zijn.
- 3.32 Ten aanzien van de duur heeft de verzekeraar aangegeven dat de ernst van de feiten de duur rechtvaardigt. De commissie oordeelt dat de registratie in stand mag blijven. Hoewel de verzekeraar de duur van de registratie zeer summier heeft gemotiveerd, zijn van de zijde van de consument - ondanks het feit dat hij door een professioneel gemachtigde is bijgestaan - geen feiten en omstandigheden aangedragen die tot het oordeel zouden moeten leiden dat een registratieduur van 8 jaar disproportioneel is. Alles afwegende is de commissie van oordeel dat de consument niet disproportioneel wordt geraakt in zijn belang door de interne registratie van zijn persoonsgegevens voor de duur van 8 jaar.

Slotsom

- 3.33 De consument heeft zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden. De verzekeraar heeft daarom de uitsluitingsclausule op de polis mogen plaatsen, de uitkering onder de verzekering mogen afwijzen en de gegevens van de consument in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR mogen opnemen voor de duur van 8 jaar. De klacht is ongegrond.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit wet- en regelgeving

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 inroepen 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. 10 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.

Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars van 20 juni 2018

In de Gedragcode 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 Gedragcode 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 Gedragcode 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 Gedragcode.

(...)

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 royementen, vorderingen, het indienen van een claim en andere Gebeurtenissen mede vastleggen in registers die worden onderhouden door een onafhankelijke rechtspersoon, bijvoorbeeld de Stichting Centraal Informatiesysteem die optreedt als Verantwoordelijke voor het Centraal Informatie Systeem in de verzekeringsbranche. Op het verstrekken en raadplegen van Persoonsgegevens in deze systemen is deze Gedragscode van toepassing. De Verwerking van de Persoonsgegevens in de systemen zelf valt buiten de Gedragscode. De Stichting Centraal Informatie Systeem hanteert daarvoor een eigen privacy- en gebruikersreglement, dat is te raadplegen via de website: <https://www.stichtingcis.nl/nl-nl/regelgeving.aspx>.