

TUCHTRAAD FINANCIËLE DIENSTVERLENING (ASSURANTIËN)

UITSpraak 15-003

in de zaak nr. [nummer]

verwezen door:

de Ombudsman Financiële Dienstverlening

met betrekking tot:

[Naam aangeslotene], gevestigd te
[plaatsnaam], hierna te noemen
'aangeslotene'.

1. Inleiding

Deze zaak betreft het verzoek van de Ombudsman Financiële Dienstverlening (hierna te noemen: de Ombudsman) tot het instellen van een onderzoek als bedoeld in artikel 6 lid 2 onder a van het Reglement Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën) in verbinding met artikel 44.1 van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële dienstverlening (Kifid).

2. De feiten en het procesverloop

2.1 Op 3 april 2014 heeft mevrouw B., hierna te noemen klagster, bij aangeslotene een individuele overlijdensrisicoverzekering aangevraagd. Zij heeft daarbij een door haar ingevulde gezondheidsverklaring gevoegd. In een aanvullende verklaring van 4 april 2014 heeft zij melding gemaakt van een bepaalde ziekte waaraan zij heeft geleden en waarvan zij, volgens deze verklaring, volledig is genezen.

2.2 Naar aanleiding van deze verklaringen heeft aangeslotene op 7 april 2014 aan klagster een medische machtiging gevraagd teneinde informatie op te vragen bij de huisarts van klagster. Klagster heeft hiertoe een medische machtiging ondertekend waarin zij toestemming geeft om gegevens over haar gezondheid te verstrekken voor zover die verband houden met de in 2.1 bedoelde ziekte.

2.3 Vervolgens is namens aangeslotene met een onder de naam van haar medisch adviseur geschreven brief van 17 april 2014 informatie over klagster opgevraagd bij de huisarts van klagster. Een van de vragen in de brief van 17 april 2014 vermeldt de naam van iemand anders dan klagster.

2.4 Na ontvangst van deze brief heeft de huisarts klagster gebeld om haar te informeren over vragen die in de brief van 17 april 2014 waren gesteld en door de huisarts als "buitensporig" zijn gekwalificeerd. Dit betreft onder meer vragen over andere kwesties dan het ziektebeeld uit het verleden.

2.5 Klagster heeft bij e-mailbericht van 22 april 2014 een klacht aan aangeslotene voorgelegd, waarin zij onder meer heeft verwezen naar hetgeen in 2.4 is vermeld. Zij heeft de verwachting geuit dat het beleid van aangeslotene zal worden aangepast en dat zij bericht krijgt over die aanpassing.

2.6 Aangeslotene heeft op 28 april 2014 schriftelijk op deze klacht gereageerd. Zij heeft daarbij aan klagster meegedeeld dat het opvragen van extra informatie door de medisch adviseur verband houdt met de aard van de ziekte die klagster in haar aanvullende verklaring had genoemd. Aangeslotene heeft hierbij verwezen naar informatie uit “het medisch handboek voor verzekeraars”, waaruit volgens haar blijkt dat de bedoelde ziekte een hogere sterftekans kan veroorzaken. Aangeslotene heeft bij deze gelegenheid haar excuus aangeboden voor het vermelden van een verkeerde naam in de brief aan de huisarts en verder onder meer het volgende bericht:

“Uit het gehele dossier blijkt dat uw aanvraag geheel volgens het protocol verzekeringskeuringen is behandeld. Dit protocol is goedgekeurd door het verbond van verzekeraars en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst (KNMG). Gezien bovenstaande feiten gaan wij niet over tot het aanpassen van onze brieven.”

2.7 Met een e-mailbericht van diezelfde dag heeft klagster aangeslotene verzocht de informatie in te zien waarnaar in de reactie van 28 april 2014 was verwezen.

2.8 Daarop heeft aangeslotene op 29 april 2014 als volgt gereageerd:

“(…)

Daarnaast vraagt u ons om studies te laten zien voor het verhoogde sterfterisico in verband met [naam ziekte]. Helaas kunnen wij u deze niet geven. Als verzekeringsmaatschappij werken wij met een medisch handboek. Dit medisch handboek is alleen inzichtelijk voor medewerkers van de medische afdeling van [aangeslotene].

(…)

Wij vragen altijd informatie op bij de behandelend arts van de verzekerde. Dit is een standaard procedure. De informatie die wij vragen is altijd zo uitgebreid mogelijk ook [] al heeft de kandidaat-verzekerde dit al op de gezondheidsverklaring aangegeven. Dit, omdat een arts een objectieve weergave geeft van iemands medische conditie en behandeling van de opgegeven aandoening. Uiteraard neemt onze medisch adviseur bij de beoordeling van het risico ook de door de kandidaat-verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring mee. Deze [is] zeker van groot belang bij de beoordeling van het medisch[e] risico.

(…)

Medewerker afdeling Medische Zaken”

2.9 Klager heeft op 2 mei 2014 aan aangeslotene laten weten dat zij de in 2.8 weergegeven reactie medisch-inhoudelijk zeer matig onderbouwd vindt en zich zal beraden op verdere stappen. Hierop heeft aangeslotene op 8 mei 2014 als volgt gereageerd:

“(…) Wij vinden het jammer dat u niet tevreden bent met onze uitleg. Helaas kunnen wij u niet meer informatie verstrekken. Het spijt ons niet anders te kunnen berichten.”

2.10 Desgevraagd heeft de medewerker van de afdeling medische zaken die het bericht van 29 april 2014 had ondertekend, aan klager bericht dat de interne klachtenprocedure is doorlopen en dat klager zich kan wenden tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid).

2.11 Klaagster heeft op 7 juni 2014 hierop als volgt geantwoord:

“Beste [naam medewerker afdeling medische zaken],
Ik zal hen een brief sturen, maar zij lijken mij meer te gaan over de klachten afhandeling. Het gaat mij veel meer om het medisch-inhoudelijke deel en het niet-vertrouwelijk behandelen van patiënten gegevens door uw maatschappij, is er hiervoor buiten u, niets anders beschikbaar dan de tuchtrechter? Hoewel ik hier mogelijk landelijk iets mee kan bereiken, lijkt mij het probleem meer bij uw organisatie te liggen (de volgende verzekeraar stelt niet dezelfde buitensporige vragen namelijk), en hoewel uiteindelijk de medisch adviseur zijn eigen verantwoordelijkheid heeft, neem ik aan dat hij werkt volgens de regels binnen uw organisatie en zou ik liever niet een tuchtklacht indien[d]en tegen iemand persoonlijk aangezien dat nogal wat impact kan hebben.
(...)”

2.12 Klaagster heeft met een op 7 juni 2014 ondertekend klachtformulier een klacht ingediend bij Kifid.

2.13 De Ombudsman heeft de zaak na overleg met klaagster met een “intern memo” van 11 augustus 2014 naar de Tuchtraad gestuurd en deze verzocht een onderzoek als bedoeld in artikel 6 lid 2 onder a van het Reglement Tuchtraad Financiële Dienstverlening (Assurantiën) in verbinding met artikel 44.1 van het Reglement Ombudsman & Geschillencommissie Financiële Dienstverlening (Kifid) in te stellen.

2.15 De Tuchtraad heeft dit verzoek in behandeling genomen en aangeslotene verzocht te reageren op het memo van de Ombudsman.

2.16 Aangeslotene heeft op 16 oktober 2014 (met bijlagen) haar verweer ingezonden, waarna klaagster heeft gerepliceerd met een brief van 3 december 2014 en aangeslotene bij brief van 8 januari 2015 heeft gedupliceerd.

3. De klacht

3.1 Klaagster verwijt aangeslotene dat deze zich niet heeft gehouden aan de KNMG-richtlijnen, waarin onder meer is opgenomen dat er gericht moet worden gevraagd en dat dit uitsluitend kan met gerichte, schriftelijke toestemming van betrokkene. Zij stelt dat zij binnen deze grenzen toestemming heeft verleend, maar dat deze toestemming niet (het stellen van) specifieke vragen betrof die buiten het beeld van de in 2.1 bedoelde ziekte vallen. Aangeslotene heeft haar daarover ook niet vooraf geïnformeerd.

3.2 Klaagster meent dat de reeds door aangeslotene toegezegde aanpassingen en verbeteringen onvoldoende concreet zijn en ook dat een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens niet is gewaarborgd.

4. De behandeling ter zitting

4.1 De Tuchtraad heeft de zaak behandeld ter zitting van op 2 april 2015. Beide partijen waren aanwezig.

4.2 Zoals ook vooraf was aangekondigd, heeft de Tuchtraad aangeslotene ter zitting in de gelegenheid gesteld een toelichting te geven op haar zienswijze over de begrenzing van aan een aspirant-verzekerde alsmede aan diens behandelend arts(en) te stellen vragen; dit in het licht van onder meer artikel 6.1 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen. Ambtshalve heeft de Tuchtraad ook de ondertekening van de in 2.3 vermelde brief van de medisch adviseur van aangeslotene aan de orde gesteld.

5. Het standpunt van aangeslotene

5.1 Aangeslotene heeft in haar schriftelijke verweer verklaard dat klaagster zich terecht beklagt over de (te uitgebreide) vraagstelling aan de huisarts. De medisch adviseur van aangeslotene heeft hierover in een afzonderlijke brief het volgende vermeld:

“De klacht van [klaagster] richt zich voornamelijk tegen de zeer uitgebreide vraagstelling in de brief aan haar huisarts. Deze brief is onder mijn naam en verantwoordelijkheid geschreven. Gelet op de richtlijnen van de KNMG mogen, na toestemmingsverklaring, artsen onderling gegevens uitwisselen, maar moeten die beperkt blijven tot feitelijke gegevens. De onderhavige brief d.d. 17-04-2014 voldoet niet aan deze richtlijnen. (...). De klacht van [klaagster] is naar mijn mening terecht en dit had in een eerdere fase toegegeven dienen te worden. Organisatorische maatregelen worden getroffen om deze gemaakte fouten in de toekomst te voorkomen.”

5.2 Aangeslotene heeft desgevraagd meegedeeld dat met het “medisch handboek” waarnaar is verwezen in haar brief van 29 april 2014 (zie in 2.8) is gedoeld op het handboek herverzekeraars. Dit handboek behoort volgens haar niet gebruikt te worden in een aanvraagprocedure. Naar aanleiding van de onderhavige klacht heeft zij, aangeslotene, besloten de tekst van alle (standaard)brieven te herzien. Zij heeft de medewerker in kwestie aangesproken op de gang van zaken tijdens de aanvraag en na ontvangst van de klacht van klaagster. Ook is met de medisch adviseur afgestemd dat deze de grenzen waarbinnen aangeslotene vragen mag stellen, moet bewaken.

5.3 Aangeslotene heeft in haar verweer van 16 oktober 2014 haar verontschuldiging aangeboden. Zij heeft daarbij verder onder meer het volgende vermeld:

“Wij constateren dat [aangeslotene] bij de medische acceptatie bij de aanvraag van de verzekering door [klaagster] onjuist toepassing heeft gegeven aan de richtlijnen en protocollen van de KNMG en de verzekeringsbranche. Door de medische dienst is medische informatie van de kandidaat verzekerde opgevraagd die reik[t] buiten hetgeen op grond van de richtlijnen en protocollen is toegestaan. Tevens betreuren wij dat onze handelwijze bij de acceptatie van de aanvraag (...) niet eerder kritisch is bezien, waardoor de klacht van [klaagster] op de juiste wijze tot een oplossing had kunnen komen. Er worden in overleg en in samenwerking met [naam medisch adviseur] organisatorische maatregelen getroffen om te voorkomen dat situaties zoals bij [klaagster] in [de] toekomst plaatsvinden.”

5.4 Desgevraagd heeft aangeslotene ter zitting verklaard dat brieven zoals die van 17 april 2014 onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur worden opgesteld en verzonden en dat personen behorende tot een kleine kring van medewerkers die daartoe de speciale bevoegdheid hebben, deze brieven namens de medisch adviseur kunnen ondertekenen.

6. De beoordeling door de Tuchtraad

6.1 De Tuchtraad heeft op grond van artikel 5 lid 1 van zijn Reglement tot taak erop toe te zien dat de aangeslotenen tegenover consumenten de goede naam van, het aanzien van en het vertrouwen in de bedrijfstak in stand houden. Bij de uitoefening van deze taak toetst de Tuchtraad het handelen of nalaten van de aangeslotenen in het bijzonder aan de toepasselijke gedragscodes, keurmerken en ereregelen. De Gedragscode Verzekeraars en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen zijn dergelijke codes.

6.2 In artikel 2.3 (“Zekerheid bieden”) van de Gedragscode Verzekeraars is in lid 7 bepaald:

“Wij zorgen ervoor dat het acceptatie- en het schadebehandelingsproces inzichtelijk zijn voor de klant.”

6.3. Artikel 6 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële instellingen luidt, voor zover relevant:

“6. Verwerking van Bijzondere Persoonsgegevens

6.1 Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid

6.1.1 Het is een Financiële instelling toegestaan Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken voor zover dat noodzakelijk is voor: de beoordeling van een Cliënt, de acceptatie van een Cliënt, het uitvoeren van een overeenkomst met een Cliënt en het afwikkelen van het betalingsverkeer.

6.1.2 Onverminderd het bepaalde in artikel 6.1.1 Gedragscode is het een Financiële instelling toegestaan Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken indien: (i) hier toe de uitdrukkelijke toestemming van de Cliënt is verkregen; (ii) de gegevens door de Betrokkene duidelijk openbaar zijn gemaakt; (iii) dit noodzakelijk is voor de vaststelling, de uitoefening of de verdediging van een recht in rechte; (iv) dit noodzakelijk is ter voldoening aan een volkenrechtelijke verplichting; (v) dit noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald dan wel het CBP ontheffing heeft verleend.

6.1.3 Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die zijn verwerkt met het oog op de beoordeling van een Cliënt, de acceptatie van een Cliënt, het uitvoeren van een overeenkomst met een Cliënt gericht op een specifiek product of de afhandeling van een schadeclaim van een Cliënt zullen zonder uitdrukkelijke toestemming van de Cliënt niet worden gebruikt in het kader van de beoordeling van een Cliënt, de acceptatie van een Cliënt, het uitvoeren van een overeenkomst met een Cliënt ten behoeve van een ander product of de afhandeling van een andere schadeclaim.

6.1.4 Het verwerken van Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door een Financiële instelling om een advies te kunnen uitbrengen over de medische beoordeling van een Cliënt alsmede van het medisch handelen van een Verzekerde is voorbehouden aan een Medisch adviseur en de personen die onder zijn verantwoordelijkheid betrokken zijn bij dat advies. Het opvragen van aanvullende gegevens omtrent de gezondheid van en bij een Cliënt gebeurt uitsluitend door een Medisch adviseur of mensen uit zijn medische dienst of staf.

6.1.5 Het verzamelen van Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door een Medisch adviseur van een Financiële instelling bij anderen dan de Cliënt zal alleen plaatsvinden nadat de Cliënt daarvoor toestemming heeft verleend en daartoe een machtiging heeft verstrekt. Deze machtiging dient niet algemeen van aard te zijn, maar dient zich te richten op de Verwerking ten behoeve van een concrete aangelegenheid. De Cliënt dient te worden geïnformeerd over de aard van de op te vragen gegevens, alsmede over het doel daarvan. Dit dient uit de machtiging te blijken.”

6.4 Ingevolge de Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG (versie januari 2010, paragraaf 3.1) mag de medisch adviseur van een verzekeraar, zoals aangeslotene, bij de behandelend arts informatie opvragen op basis van gerichte vragen en dient de behandelend arts uitsluitend relevante medische informatie van feitelijke aard te verstrekken.

6.5 Aangeslotene heeft zowel schriftelijk als ter zitting verklaard dat zij in strijd met zowel de in 6.2-4 genoemde voorschriften als haar interne protocollen heeft gehandeld en voorts dat zij maatregelen heeft genomen waardoor een handelwijze zoals die bij de aanvraag van klager en bij de reactie op haar klachten, wordt voorkomen.

6.6 De Tuchtraad oordeelt dat aangeslotene in deze kwestie inderdaad niet in overeenstemming met de zojuist bedoelde – voor aangeslotene toepasselijke – voorschriften heeft gehandeld. Dit betreft in het bijzonder het stellen van specifieke vragen die buiten het beeld van de in 2.1 bedoelde ziekte liggen en het niet adequaat informeren van klager daarover, ook niet nadat klager zich daarover bij aangeslotene had beklagd.

6.7 De Tuchtraad tekent hierbij aan dat het in het kader van de procedure van medische acceptatie op zichzelf aanvaardbaar is dat een aangeslotene de procedure zo heeft georganiseerd dat een beperkte kring van gemachtigden onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur brieven mag opstellen en ondertekenen. Wel verdient het daarbij aanbeveling dat uit de desbetreffende correspondentie blijkt dat de ondertekenaar niet de medisch adviseur zelf is.

6.8 De brief van 17 april 2014 van aangeslotene aan de huisarts van klager bevat voorts een slordigheid. Daarin wordt eenmaal de naam van een ander vermeld. De Tuchtraad heeft vastgesteld dat aangeslotene ook hiervoor aan klager haar verontschuldiging heeft aangeboden.

6.9 De Tuchtraad is van oordeel dat de door aangeslotene inmiddels getroffen maatregelen en verdere reacties, zoals vermeld in de onderdelen 5.1-3 van deze uitspraak, als passend kunnen worden beschouwd. De Tuchtraad heeft geen reden voor twijfel aan de toezeggingen die aangeslotene in dit verband heeft gedaan. Aangeslotene heeft in voldoende mate aangetoond dat het haar ernst is om kwesties als die welke zich hier hebben voorgedaan te voorkomen. Gelet op dit alles komt de Tuchtraad tot de volgende beslissing.

7. De beslissing

7.1 De Tuchtraad oordeelt dat aangeslotene de goede naam van, het aanzien van en het vertrouwen in de bedrijfstak heeft geschaad.

7.2 De Tuchtraad ziet geen aanleiding tot het adviseren van een maatregel zoals genoemd in artikel 6 lid 5 van de Statuten van het Verbond van Verzekeraars.

Aldus is beslist op 28 april 2015 door mr. E.M. Wesseling-van Gent, voorzitter, mr. F. Ensel, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, mr. H.F.M. Hofhuis en mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, leden, in tegenwoordigheid van mr. drs. D.J. Olthoff, secretaris.