



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen  
Zaak : Informatieplicht, website, inloggen via DigiD, sms  
Regelgeving : Algemene verordening gegevensbescherming (Verordening (EU) 2016/679), Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)  
Zaaknummer : 201801927  
Zittingsdatum : 4 september 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brieven van 10 februari 2019 en 31 maart 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar meerdere mogelijkheden moet aanbieden om in te loggen in de digitale 'mijn omgeving', naast de bestaande mogelijkheid van DigiD in combinatie met een sms-code (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2019 gehoord.

2.4. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 9 september 2019 geïnformeerd over de mogelijkheid de polis en de specificatie van het eigen risico per post aan verzoeker te sturen. Bij brief van 20 september 2019 heeft verzoeker hierop gereageerd en verklaard dat hij de procedure wilt voortzetten.


3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker is in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).


3.2. Verzoeker heeft bij brief van 23 november 2018 aan de ziektekostenverzekeraar verzocht het inlogstelsel voor de digitale 'mijn omgeving' aan te passen, zodat hij niet uitsluitend door middel van DigiD en een sms-code kan inloggen.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 december 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij niet bereid is aan dit verzoek tegemoet te komen.


 4. Geschil

-  4.1. Verzoeker heeft, na aanpassing van zijn verzoek, aan de commissie verzocht te beslissen dat:
- (i) De ziektekostenverzekeraar een alternatieve wijze van inloggen dient aan te bieden voor het inloggen in de digitale 'mijn omgeving', naast de bestaande mogelijkheid om in te loggen met DigiD in combinatie met een sms-code.
  - (ii) Voor zover onderdeel (i) van het verzoek wordt afgewezen, te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden eventuele declaratieoverzichten per post aan hem te sturen.



 5. Bevoegdheid van de commissie

-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover een bindend advies uitbrengen. Dit volgt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling

-  6.1. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden verwerkt. De 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling) bepaalt welke informatie zorgverzekeraars aan hun verzekerden moeten verstrekken. De toepasselijke artikelen van de AVG en de regeling zijn vermeld in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van dit bindend advies.

**Inloggen in de 'mijn omgeving'**

-  6.2. De ziektekostenverzekeraar is, op grond van de AVG, verantwoordelijk voor een zorgvuldige verwerking van de persoonsgegevens van zijn verzekerden. Ingevolge artikel 24, eerste lid, AVG is de ziektekostenverzekeraar daarnaast verplicht passende technische en organisatorische maatregelen te treffen om te waarborgen en te kunnen aantonen dat hij de persoonsgegevens van zijn verzekerden in overeenstemming met de AVG verwerkt. Op grond van artikel 24, tweede lid, AVG dient de ziektekostenverzekeraar in dit verband een passend gegevensbeschermingsbeleid op te stellen, waaruit volgt welke maatregelen hij heeft genomen en hoe deze door hem worden uitgevoerd.
-  6.3. Verzoeker voert aan dat uit de toepasselijke regelgeving niet is af te leiden wat met 'passende maatregelen' wordt bedoeld. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar een zekere mate van beleidsvrijheid heeft om hieraan invulling te geven. 'Passende maatregelen' beperken zich niet tot de geboden inlogmogelijkheid van DigiD in combinatie met een sms-code. Verzoeker heeft namelijk van verschillende zorgverzekeraars vernomen dat zij een dergelijke code ook op een andere manier kunnen verstrekken, bijvoorbeeld per e-mail. Daarnaast is verzoeker ermee bekend dat onder 'passende maatregelen' ook kan worden verstaan inloggen met DigiD in combinatie met een eenmalig wachtwoord per sms, een TAN-lijst of een apparaat kenmerk. Verzoeker meent dan ook dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte in zijn inlogmogelijkheden van de 'mijn omgeving' beperkt. Daarbij tekent hij overigens nog aan dat niet iedereen beschikt over een mobiele telefoon en/of dat iemand beperkt kan zijn in het gebruik van computer en internet.
-  6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat uit de toepasselijke regelgeving volgt dat medische gegevens en informatie over zorggebruik streng moeten worden beveiligd. Dit betekent dat gebruik moet worden gemaakt van een 'twee-factor-authenticatie' voordat men toegang kan verkrijgen tot deze gegevens. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen hieraan invulling te geven door gebruik te maken van DigiD in combinatie met een sms-code. De ziektekostenverzekeraar erkent dat er ook andere mogelijkheden zijn om invulling te geven aan een 'twee-factor-authenticatie',

maar dat hij uit kostenoverweging ervoor heeft gekozen deze mogelijkheden niet aan te bieden. Daarbij wijst de ziektekostenverzekeraar op de mogelijkheid (i) de code per sms op een reguliere telefoon te ontvangen, (ii) een cookie in te stellen die het mogelijk maakt slechts één keer in te loggen in de 'mijn omgeving', zodat een verzekerde dit niet iedere keer hoeft te doen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat als verzoeker zich niet kan vinden in de aangeboden mogelijkheden, hij de gewenste informatie kan verkrijgen door hierom schriftelijk of telefonisch te vragen.

- 6.5. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar - op grond van de AVG - 'passende maatregelen' moet treffen om onrechtmatig gebruik of inzage van persoonsgegevens tegen te gaan. Aan de ziektekostenverzekeraar komt een bepaalde mate van beleidsvrijheid toe om aan deze verplichting vorm te geven. Gelet op de aard van de gegevens die de ziektekostenverzekeraar verwerkt, zoals medische (persoons)gegevens, is bescherming hiervan met een 'twee-factor-authenticatie' aan te merken als een passende maatregel. De inlogmogelijkheid die de ziektekostenverzekeraar biedt, namelijk één waarbij moet worden ingelogd met DigiD in combinatie met een sms-code, sluit hierbij aan. Hierover zijn partijen het eens. De vraag is of de ziektekostenverzekeraar, naast de geboden inlogmogelijkheid, alternatieven moet bieden. Anders dan verzoeker veronderstelt, wordt een verzekerde niet de mogelijkheid ontnomen inzicht te krijgen in zijn (persoons)gegevens door middel van de door de ziektekostenverzekeraar geboden inlogmogelijkheid. De betreffende sms-code kan volgens de ziektekostenverzekeraar namelijk zowel op de mobiele telefoon als op een reguliere telefoon worden ontvangen. Dit is door verzoeker niet bestreden. Het bezit van een computer en een (mobiele) telefoon is gebruikelijk, zodat in beginsel eenieder gebruik kan maken van de geboden inlogmogelijkheid. Voor zover dit niet het geval is, bijvoorbeeld omdat een verzekerde geen gebruik kan maken van een computer of de sms-code niet kan ontvangen, kan de ziektekostenverzekeraar de gewenste informatie telefonisch of per post verstrekken. Er bestaan dus meerdere mogelijkheden op grond waarvan een verzekerde inzage kan krijgen in zijn (persoons)gegevens en zijn rechten op grond van de AVG kan uitoefenen. Daarbij moet worden aangetekend dat de digitale 'mijn omgeving' een dienst is die de ziektekostenverzekeraar aan zijn verzekerden biedt. Het is niet aan de commissie te bepalen op welke wijze de ziektekostenverzekeraar zijn dienstverlening moet inrichten. Dat verzoeker om hem moverende redenen geen gebruik wenst te maken van de dienst zoals deze wordt aangeboden, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden tegengeworpen.
- 6.6. Verzoeker heeft verder gesteld dat sprake is van leeftijdsdiscriminatie, omdat met name oudere mensen veelal niet beschikken over een mobiele telefoon. Deze stelling treft geen doel. Van discriminatie kan pas sprake zijn als personen in een gelijke situatie anders worden behandeld en dit is niet het geval. Iedereen die wenst in te loggen in de digitale 'mijn omgeving' van de ziektekostenverzekeraar moet immers gebruik maken van DigiD in combinatie met een sms-code. Het al dan niet beschikken over DigiD of een (mobiele) telefoon is daarnaast niet gebonden aan een bepaalde leeftijd.
- 6.7. Conclusie is dat de ziektekostenverzekeraar de inlogmogelijkheden van de digitale 'mijn omgeving', naast het gebruik van DigiD in combinatie met een sms-code, niet hoeft uit te breiden.

#### **Declaratieoverzichten per post**

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij alle relevante stukken eerst digitaal aan verzoeker verstrekte, maar dat hij bereid is deze voortaan per post aan hem te sturen. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in deze stukken geen zorginhoudelijke informatie is vermeld en dat verzoeker (telefonisch) contact met hem moet opnemen om deze informatie op te vragen. Verzoeker stelt dat hij juist over de zorginhoudelijke informatie wil beschikken, omdat dit hem in staat stelt de declaraties die ten behoeve van hem worden ingediend te controleren. Omdat hij niet weet wanneer de betreffende declaraties door een zorgaanbieder worden ingediend, meent hij dat van hem niet kan worden verwacht dat hij hiernaar moet vragen, maar dat de ziektekostenverzekeraar hem hierover periodiek moet informeren.

- 6.9. De commissie overweegt dat in artikel 17.3 van de regeling staat welke informatie zorgverzekeraars in declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico dienen te vermelden, namelijk: (i) de naam en de geboortedatum van de verzekerde, (ii) de zorgaanbieder, (iii) de consumentenbeschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerde niet onevenredig wordt aangetast (iv) de datum van behandeling, (v) bedrag gedeclareerde kosten, (vi) waar het aan de verzekering in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie en (vii) het resterend bedrag eigen risico.
- 6.10. Uit de verklaring van 9 september 2019 maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar bereid is de hiervoor bedoelde declaratieoverzichten per post aan verzoeker te verstrekken, maar dat hierop geen zorginhoudelijke informatie wordt vermeld. Ook niet in het kader van het eigen risico of een eventuele eigen bijdrage. De commissie oordeelt dat dit laatste in strijd is met artikel 17.3 van de regeling, waaruit volgt dat onder andere een consumentenbeschrijving van de gedeclareerde zorg moet worden vermeld. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden eventuele declaratieoverzichten per post aan verzoeker te verstrekken en deze overeenkomstig artikel 17.3 van de regeling op te stellen.
- 6.11. De commissie overweegt verder dat op de ziektekostenverzekeraar geen algemene informatieplicht rust op grond waarvan hij verzoeker actief moet informeren als er zorg wordt gedeclareerd die niet voor zijn rekening komt. Als verzoeker hierin inzage wenst, moet hij hiervoor contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar. Op zijn verzoek moet de ziektekostenverzekeraar hiervan een overzicht verstrekken. Dit volgt uit artikel 5.1 van de regeling.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) De ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een alternatieve wijze van inloggen in de digitale 'mijn omgeving' aan te bieden, naast de bestaande mogelijkheid in te loggen met DigiD in combinatie met een sms-code;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden eventuele declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico overeenkomstig artikel 17.3 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)' op te stellen en deze per post aan verzoeker te verstrekken;
  - (iii) de ziektekostenverzekeraar verzoeker desgevraagd moet informeren over gedeclareerde zorg waarvan de kosten niet voor zijn rekening komen;
  - (iv) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te voldoen;
  - (v) het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

Zeist, 9 oktober 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

## 5. Beantwoording vragen

Kenmerk  
TH/NR-010  
Pagina  
3 van 28

- 5.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk wanneer de consument hierom vraagt.
- 5.2 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten telefonisch wanneer de consument hierom vraagt, tenzij telefonisch contact in de polisvoorwaarden is uitgesloten.
- 5.3 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt de onder 5.1 en 5.2 bedoelde vragen tijdig.

## 6. Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website en in de offerte de volgende punten over de premiegrondslag en aspecten die de premie beïnvloeden:

- a. Premie:
  - premiegrondslag zorgverzekering;
  - hoogte netto premie.

Indien van toepassing:

- premie aanvullende ziektekostenverzekering inclusief eventuele leeftijd- of regioafhankelijkheid;
- kortingen vrijwillig eigen risico;
- eventuele toeslag op de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering (absoluut of procentueel) als er geen zorgverzekering bij dezelfde ziektekostenverzekeraar is afgesloten, waaronder ook eenmalige administratiekosten voor het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering zonder basisverzekering;
- incassokosten;
- eventuele collectiviteitskorting;
- eventuele betalingskorting.

- b. Volmachten:
  - Bij verzekeringen die worden aangeboden door volmachten moet de naam van de risicodrager worden vermeld.

## 7. Opzegmogelijkheden van de verzekering

- 7.1 De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over de opzegmogelijkheden van de verzekering:
  - a. tot en met 31 december van jaar t kan een verzekerde zijn zorgverzekering opzeggen voor het jaar t+1;
  - b. de wijze waarop de verzekering opgezegd moet worden;
  - c. de verzekerde is verplicht om vóór 1 februari een nieuwe zorgverzekering af te sluiten;
  - d. bij afsluiting van de zorgverzekering tussen 1 januari en 1 februari gaat de verzekering met terugwerkende kracht in per 1 januari;
  - e. de mogelijkheid om op te zeggen als de zorgverzekeraar de polisvoorwaarden tussentijds wijzigt ten nadele van de verzekerde en de wijziging niet voortvloeit uit of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de Zorgverzekeringswet.

- 16.4 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.5 Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:
- over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
  - bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
  - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Kenmerk

TH/NR-010

Pagina

7 van 28

## 17. Systeem van eigen risico

- 17.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website ten minste de volgende informatie over het eigen risico:
- de hoogte van het verplicht eigen risico;
  - de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt;
  - het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico waaronder de informatie dat als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening brengt bij de verzekerde, en dat wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota restitueert omdat de verzekerde op die manier het deel van de nota dat onder het eigen risico valt zelf heeft voldaan;
  - over welk polisjaar het eigen risico verrekend kan worden, afhankelijk van de startdatum van een behandeling;
  - wat een vervolg-dbc is en dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico, als de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar start dan de eerste behandeling;
  - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:

- dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico;
  - de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
  - de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 17.2 Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van een gedifferentieerd eigen risico, vermeldt de zorgverzekeraar op de website voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.

- 17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:
- achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
  - de zorgaanbieder;
  - de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
  - datum van behandeling;
  - bedrag gedeclareerde kosten;
  - waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
  - resterend bedrag eigen risico.

**Kenmerk**  
TH/NR-010  
**Pagina**  
8 van 28

## **18. Vermelden van de op de markt gebrachte modelovereenkomsten**

- 18.1 De zorgverzekeraar vermeldt alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, op de website.
- 18.2 De zorgverzekeraar stuurt desgevraagd de polisvoorwaarden en reglementen per post of digitaal naar de consument.

## **19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen**

- 19.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten over het voorkeursbeleid geneesmiddelen:
- uitleg wat het voorkeursbeleid geneesmiddelen inhoudt;
  - de werkzame stoffen waarvoor het beleid geldt en de vermelding van de geneesmiddelen waar de verzekerde (al dan niet onder voorwaarden) aanspraak op heeft voor vergoeding;
  - de procedure/actie die de verzekerde moet ondernemen als behandeling met een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel medisch noodzakelijk is;
  - welk geneesmiddel voor vergoeding in aanmerking komt, wanneer een preferent middel niet leverbaar is.

Wanneer de zorgverzekeraar rechtstreeks met de fabrikant onderhandelt over de prijs of een bonus of korting:

- de manier waarop het voorkeursbeleid geneesmiddelen doorwerkt op het eigen risico van de verzekerde.
- 19.2 Als de zorgverzekeraar voor geneesmiddelen voorlopige prijzen hanteert waarop achteraf correcties kunnen plaatsvinden, dan vermeldt de verzekeraar de mogelijke gevolgen hiervan voor de verzekerde op de website.
- 19.3 Als de zorgverzekeraar wijzigingen aanbrengt in zijn voorkeursbeleid geneesmiddelen, vermeldt hij dit tijdig op de website en informeert hij alle verzekerden hier tijdig over.



- d) de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van strafbare feiten of de tenuitvoerlegging van straffen, met inbegrip van de bescherming tegen en de voorkoming van gevaren voor de openbare veiligheid;
- e) andere belangrijke doelstellingen van algemeen belang van de Unie of van een lidstaat, met name een belangrijk economisch of financieel belang van de Unie of van een lidstaat, met inbegrip van monetaire, budgettaire en fiscale aangelegenheden, volksgezondheid en sociale zekerheid;
- f) de bescherming van de onafhankelijkheid van de rechter en gerechtelijke procedures;
- g) de voorkoming, het onderzoek, de opsporing en de vervolging van schendingen van de beroepscodes voor gereglementeerde beroepen;
- h) een taak op het gebied van toezicht, inspectie of regelgeving die verband houdt, al is het incidenteel, met de uitoefening van het openbaar gezag in de in de punten a), tot en met e) en punt g) bedoelde gevallen;
- i) de bescherming van de betrokkene of van de rechten en vrijheden van anderen;
- j) de inning van civielrechtelijke vorderingen.

2. De in lid 1 bedoelde wettelijke maatregelen bevatten met name specifieke bepalingen met betrekking tot, in voorkomend geval, ten minste:

- a) de doeleinden van de verwerking of van de categorieën van verwerking,
- b) de categorieën van persoonsgegevens,
- c) het toepassingsgebied van de ingevoerde beperkingen,
- d) de waarborgen ter voorkoming van misbruik of onrechtmatige toegang of doorgifte,
- e) de specificatie van de verwerkingsverantwoordelijke of de categorieën van verwerkingsverantwoordelijken,
- f) de opslagperiodes en de toepasselijke waarborgen, rekening houdend met de aard, de omvang en de doeleinden van de verwerking of van de categorieën van verwerking,
- g) de risico's voor de rechten en vrijheden van de betrokkenen, en
- h) het recht van betrokkenen om van de beperking op de hoogte te worden gesteld, tenzij dit afbreuk kan doen aan het doel van de beperking.

#### HOOFDSTUK IV

### **Verwerkingsverantwoordelijke en verwerker**

#### Afdeling 1

### **Algemene verplichtingen**

#### Artikel 24

### **Verantwoordelijkheid van de verwerkingsverantwoordelijke**

1. Rekening houdend met de aard, de omvang, de context en het doel van de verwerking, alsook met de waarschijnlijkheid en ernst uiteenlopende risico's voor de rechten en vrijheden van natuurlijke personen, treft de verwerkingsverantwoordelijke passende technische en organisatorische maatregelen om te waarborgen en te kunnen aantonen dat de verwerking in overeenstemming met deze verordening wordt uitgevoerd. Die maatregelen worden geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd.

2. Wanneer zulks in verhouding staat tot de verwerkingsactiviteiten, omvatten de in lid 1 bedoelde maatregelen een passend gegevensbeschermingsbeleid dat door de verwerkingsverantwoordelijke wordt uitgevoerd.

3. Het aansluiten bij goedgekeurde gedragscodes als bedoeld in artikel 40 of goedgekeurde certificeringsmechanismen als bedoeld in artikel 42 kan worden gebruikt als element om aan te tonen dat de verplichtingen van de verwerkingsverantwoordelijke zijn nagekomen.