

Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2013-180 d.d. 10 juni 2013

(mr. P.A. Offers, voorzitter, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, leden en mevrouw mr. F.E. Uijleman, secretaris)

Samenvatting

Maandlastenverzekering. Consument heeft zich op 17 augustus 2009 bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld in verband met rugklachten. De verzekeraar heeft de claim gehonoreerd en is tot uitkering overgegaan. Na twee jaar heeft de verzekeraar de uitkering gestaakt omdat consument volledig arbeidsgeschikt zou zijn voor het verrichten van passende werkzaamheden. Partijen debatteren of de arbeidsongeschiktheid moet worden afgemeten naar de mate van arbeidscapaciteit of de mate van verdien capaciteit. De commissie past de contra proferentem-regel toe en oordeelt dat bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid een toetsing dient plaats te vinden aan het inkomen dat consument verdiende voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid (het maatmaninkomen). De commissie wijst de vordering toe.

Consument,

tegen

TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, hierna te noemen Aangeslotene.

Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar reglement en op basis van de volgende stukken:

- het dossier van de Ombudsman Financiële Dienstverlening;
- het door Consument ondertekende vragenformulier van 26 november 2012;
- de brief met bijlagen van Consument van 23 oktober 2012;
- het verweerschrift van Aangeslotene;
- de brief met bijlagen van Consument van 14 januari 2013;
- de pleitnotitie van Consument van 25 maart 2013;
- het door Aangeslotene op de mondelinge behandeling overgelegde stuk.

2. Overwegingen

De Commissie heeft het volgende vastgesteld.

Tussenkost van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft niet tot oplossing van het geschil geleid.

Beide partijen zullen het advies van de Commissie als bindend aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 25 maart 2013 en zijn aldaar verschenen.

3. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten:

- 3.1. Consument heeft met ingang van 1 januari 2009 als zelfstandige een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij Aangeslotene. Op het polisblad staat vermeld dat verzekerd is een bedrag van € 2.000,- per maand als Consument door ziekte of ongeval niet in staat is de eigen werkzaamheden te verrichten. Er geldt een wachttijd van 30 dagen en de premie bedraagt € 317,57 per maand. Verder vermeldt het polisblad dat de volgende dekkingskeuze van toepassing is: “Verlengd Passend 35% / volledige uitkering”.
- 3.2. In artikel 6.1 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat recht op uitkering bij arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste twee ziektejaren bestaat, indien er sprake is van arbeidsongeschiktheid waarbij de verzekerde door ziekte of ongeval niet in staat is om voor tenminste 35% de eigen werkzaamheden te verrichten. Zolang de verzekerde niet in staat is om de eigen werkzaamheden volledig – dit wil zeggen 80% of meer – te hervatten, behoudt de verzekerde het recht op uitkering.
- 3.3. Ten aanzien van de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid gedurende de eerste twee ziektejaren is in artikel 6.2 van de verzekeringsvoorwaarden het volgende vermeld:

“De mate van arbeidsongeschiktheid zal, over de in artikel 6.1 genoemde periode, worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde de eigen werkzaamheden kan verrichten af te zetten tegen het aantal uren dat de verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren, werkte. (...);”
- 3.4. In de periode na de eerste twee ziektejaren is de verzekerde verzekerd volgens het criterium ‘passende arbeid’. In artikel 1 is het begrip ‘passende arbeid’ als volgt omschreven:

“Passende werkzaamheden zijn werkzaamheden die voor de krachten en bekwaamheden van verzekerde zijn berekend en die, gelet op zijn opleidingsniveau en vroegere werkzaamheden, in redelijkheid en volgens deskundigen zoals onafhankelijke geneeskundig adviseurs en arbeidsdeskundigen van hem kunnen worden verlangd, tenzij aanvaarding om redenen van lichamelijke, geestelijke of sociale aard niet van hem kan worden gevergd. Alleen functies die hoogstens één ARBI-niveau (functieniveau) lager liggen dan de oorspronkelijke functie kunnen als passend worden beschouwd.”
- 3.5. Verder is in artikel 6 van de verzekeringsvoorwaarden, voor zover relevant, het volgende bepaald:

“6.3 Na het tweede ziektejaar bestaat het recht (met de in acht genomen dekkingskeuze zoals vermeld in artikel 6.5 van deze voorwaarden) op een vervolguitkering bij arbeidsongeschiktheid, nadat verzekerde opnieuw gekeurd is door een door verzekeraar of administrateur aangewezen onafhankelijke (keurings)arts en/of (arbeids)deskundige en hierbij arbeidsongeschikt is verklaard voor passende werkzaamheden. De arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door verzekeraar aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige en/of (keurings)arts;

- 6.4 Mochten de verzekerde en de verzekeraar na aanvang van het tweede ziektejaar (artikel 6.3) niet binnen 12 weken, overeenstemming hebben bereikt over de mate van arbeidsongeschiktheid, dan zullen zij elk een deskundige aanwijzen ter vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan. (...);
- 6.5 Het recht op uitkering, na het tweede jaar, hangt af van de door de verzekerde gemaakte dekkingskeuze bij afsluiting van deze verzekering. De dekkingskeuze staat vermeld op het polisblad . Er zijn vier verschillende dekkingskeuzes mogelijk:
1. (...)
 4. VerlengdP35: de verzekerde heeft recht op een vervolgutkering na het tweede ziektejaar indien het afkeuringspercentage op basis van passende arbeid 35% of hoger is.”
- 3.6. Consument heeft zich per 17 maart 2009 bij Aangeslotene arbeidsongeschikt gemeld in verband met rugklachten. Aangeslotene heeft vervolgens aan Consument een uitkering verstrekt op basis van volledige arbeidsongeschiktheid.
- 3.7. Op 4 februari 2011 heeft X in opdracht van Aangeslotene een (arbeids)deskundig rapport opgesteld. X is daarin tot de conclusie gekomen dat Consument ongeschikt is voor zijn eigen functie van stukadoor en dat er drie passende functies zijn te duiden – te weten: beveiliging 2, huismeester/conciërge en beheer en onderhoud gebouwen – waarbij Consument een maatmaninkomen per uur van € 9,68 bruto kan verdienen. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid heeft X dit maatmaninkomen afgezet tegen het maatmaninkomen dat Consument voor de arbeidsongeschiktheid verdiende, te weten € 18,18 per uur. Het arbeidsongeschiktheidspercentage op grond van passende arbeid is door X vastgesteld op 47%.
- 3.8. Op 17 maart 2011 is de ziekteperiode van twee jaar verstreken. In verband hiermee heeft Aangeslotene wederom (arbeids)deskundig onderzoek laten verrichten, dit maal door het medisch en arbeidsdeskundig bureau Y. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op 15 juli 2011 en daarnaast is op 10 oktober 2011 een functionele mogelijkhedenlijst opgesteld (hierna ook: FML). Y is in het uit het onderzoek voortvloeiende rapport van 19 oktober 2011 ook tot de conclusie gekomen dat Consument zijn werk als stukadoor niet meer kan verrichten. Daarnaast heeft Y geconcludeerd dat Consument wel passende werkzaamheden zou kunnen verrichten als eigenaar van een webshop of als marktkoopman en dat hij in loondienst op arbi-niveau 3 werkzaamheden zou kunnen uitoefenen als medewerker beveiliging, portier en receptionist.
- 3.9. Bij brief van 1 november 2011 heeft Aangeslotene Consument bericht dat zij de arbeidsongeschiktheidsuitkering per 15 juli 2011 heeft beëindigd. In de brief staat, voor zover relevant, het volgende:
“Op 15 juli 2011 heeft een arbeidsdeskundig onderzoek plaatsgevonden (...). Uit het onderzoek is gebleken dat er passende functies te duiden zijn zodat wij conform de polisvoorwaarden de uitkering per 15 juli 2011 beëindigen. (...). Couancehalve zullen

wij de betaling over de maanden juli, augustus en september niet terugvorderen.
(...).”

- 3.10. Namens Consument is bij brief van 15 december 2011 tegen de beëindiging bezwaar gemaakt. In de brief is onder meer het volgende vermeld:

“Afgelopen jaar is de situatie van cliënt, in opdracht van [Aangeslotene] door twee externe experts beoordeeld. In februari is door X (...), een drietal passende functies vastgesteld, waarmee hij een uurloon kan verdienen van € 9,68. Zijn inkomen voor de arbeidsongeschiktheid bedroeg € 18,18 per uur. De expert stelt op basis van deze gegevens dan ook vast dat het arbeidsongeschiktheids-percentages voor cliënt bij passende arbeid 47% bedraagt.

Vervolgens is cliënt afgelopen najaar wederom beoordeeld en de conclusie van Y is even als X dat er drie (...) functies zijn te duiden als passende arbeid. De mate van arbeidsongeschiktheid is echter niet vastgesteld door Y. Op basis van de stelling van Y dat er sprake is van passende arbeid, zonder dat in dit kader de mate van arbeidsongeschiktheids is vastgesteld, kan [Aangeslotene] dan ook niet tot het besluit komen dat de aanspraken op basis van de arbeidsongeschiktheids-verzekering [zijn] komen te vervallen.

Nu de medische toestand ongewijzigd is, dient er dan te worden aangesloten bij [de] conclusie in het rapport van X, hetgeen betekent dat hij nog steeds arbeidsongeschikt is voor meer dan 35%. (...).”

- 3.11. Bij brief van 20 januari 2012 heeft Aangeslotene Consument bericht dat het bezwaar voor haar geen aanleiding vormt om haar eerdere beslissing te herzien.

3.12. Consument heeft vervolgens een klacht ingediend bij de Ombudsman Financiële Dienstverlening. De Ombudsman heeft de klacht gegrond verklaard.

- 3.13. Naar aanleiding van de bevindingen van de Ombudsman Financiële Dienstverlening heeft Aangeslotene nader arbeidsdeskundig onderzoek laten verrichten en een taak-functieanalyse laten opstellen voor de passende functies van medewerker beveiliging, portier en receptionist. De arbeidsdeskundige is tot het oordeel gekomen dat Consument bij uitoefening van alle drie de functies, in totaal 40 uur per week zou kunnen werken. Daarnaast heeft de arbeidsdeskundige geconcludeerd dat Consument minder dan 35% arbeidsongeschikt is voor passende functies.

- 3.14. Bij brief van 27 juli 2011 heeft Aangeslotene Consument bericht dat zij heeft besloten zijn verzekering per 1 september 2011 om te zetten naar nieuwe verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast heeft zij Consument bericht dat zijn premie wordt gewijzigd en dat de premie per 1 september 2011 € 444,60 bedraagt.

- 3.15. In artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden is een ‘en-bloc bepaling’ opgenomen. Deze luidt als volgt:

“22. EN BLOC BEPALING

22.1 Verzekeraar heeft het recht de premie en/of de voorwaarden van deze verzekering en bloc te wijzigen;

22.2 Verzekeraar heeft dan ook het recht deze verzekering aan de nieuwe premie en/of de voorwaarden aan te passen met ingang van een door verzekeraar vast te stellen datum. Voor verzekeringen krachtens welke een uitkering wordt gedaan, zal de wijziging van de premie plaatsvinden op de door de

verzekeraar vastgestelde datum, doch de herziening van de voorwaarden zal eerst van kracht worden zodra de uitkering is beëindigd;
22.3 (...);”

4. De vordering en grondslagen

4.1. Consument vordert

- primair dat Aangeslotene

- de arbeidsongeschiktheidsuitkering vanaf 1 oktober 2011 hervat en overgaat tot uitkering van de verzekerde maandbedragen inclusief wettelijke rente;
- de oorspronkelijke verzekering met de daarbij behorende premie ter hoogte van € 317,57 ongewijzigd voortzet vanaf 1 september 2011;
- het verhoogde deel van de premie dat vanaf 1 september 2011 is geïncasseerd, terugbetaalt;
- wordt veroordeeld in de kosten van de procedure;

- subsidiair dat Aangeslotene

- de oorspronkelijke verzekering met de daarbij behorende premie ter hoogte van € 317,57 ongewijzigd voortzet vanaf 1 september 2011;
- het verhoogde deel van de premie dat vanaf 1 september 2011 is geïncasseerd, terugbetaalt;
- wordt veroordeeld in de kosten van de procedure;

4.2. Deze vordering steunt kort en zakelijk op de volgende grondslagen:

Aangeslotene is tekortgeschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst door geen uitkering te verlenen voor de periode na de eerste twee ziektejaren.

- In artikel 6.3 van de verzekeringsvoorwaarden is niet vermeld op welke wijze het arbeidsongeschiktheidspercentage voor passende werkzaamheden moet worden vastgesteld. Voor de berekeningswijze kan geen aansluiting worden gezocht bij artikel 6.2 omdat dit artikel uitsluitend ziet op de eerste twee ziektejaren als bedoeld in artikel 6.1. Nu niet duidelijk is aan welke criteria moet worden getoetst prevaleert ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW de meest gangbare berekeningswijze, te weten de berekeningswijze die op basis van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet Wia) wordt gehanteerd. Bij die berekeningswijze wordt rekening gehouden met het inkomen dat een verzekerde verdiende voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid. De arbeidsdeskundige van X heeft bij het vaststellen van het arbeidsongeschiktheidspercentage aan het criterium 'inkomen' getoetst en daarmee de juiste rekenmethode gehanteerd. Derhalve kan aansluiting worden gezocht bij het door hem vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage van 47%.

- Het rapport van Y moet buiten beschouwing worden gelaten.

Uit het rapport kan niet worden afgeleid welke methode bij de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage is toegepast. De conclusie van de arbeidsdeskundige is derhalve onvoldoende transparant. Daarnaast heeft de arbeidsdeskundige het onderzoek verricht op basis van onjuiste dan wel onvolledige uitgangspunten. Ter onderbouwing voert Consument aan dat de functionele mogelijkhedenlijst (FML) is opgesteld zonder dat de

bedrijfsarts van Y beschikte over zijn medische gegevens ter nadere objectivering van de klachten en beperkingen.

- Slechts voor het geval de Commissie van oordeel mocht zijn dat de mate van arbeidsongeschiktheid minder is dan 35% en er daarom voor de periode na het tweede ziektejaar geen recht meer is op uitkering, voert Consument aan dat de per 1 september 2011 doorgevoerde premieverhoging in strijd is met de eisen van redelijkheid en billijkheid. Ter onderbouwing stelt hij dat hij in zijn huidige situatie in het geheel geen baat heeft bij de gewijzigde verzekeringsvoorwaarden en dat de wijziging voor hem onevenredig hoge gevolgen heeft.

4.3. Aangeslotene heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd: Consument heeft geen recht op uitkering voor de periode na het tweede ziektejaar omdat hij minder dan 35% arbeidsongeschikt is voor passende werkzaamheden.

- Voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid voor passende werkzaamheden is het verlies aan arbeidscapaciteit bepalend. Het verlies aan verdien capaciteit is bij de vaststelling niet relevant. Ter onderbouwing voert Aangeslotene aan dat het begrip 'inkomen' niet als criterium in de definitie van 'passende arbeid' is vermeld en dat ook de door de Ombudsman ingeschakelde arbeidsdeskundige heeft erkend dat met het criterium 'inkomen' geen rekening hoeft te worden gehouden. Daarnaast wijst Aangeslotene erop dat de verzekering geen inkomensverzekering is.

- In de verzekeringsvoorwaarden is omschreven hoe het arbeidsongeschiktheidspercentage voor passende werkzaamheden moet worden bepaald. Aangeslotene stelt dat aansluiting moet worden gezocht bij artikel 6.2.

- De conclusies in het rapport van Y zijn gebaseerd op juiste en volledige uitgangspunten. Aangeslotene voert aan dat indien de bedrijfsarts die de FML heeft opgesteld meer informatie nodig had, hij dit kenbaar zou hebben gemaakt. Bovendien heeft Consument gesteld noch onderbouwd dat een onderdeel van de FML onjuist is. Verder voert Aangeslotene aan dat zij na de procedure bij de Ombudsman door een andere arbeidsdeskundige een taak- en functieanalyse heeft laten uitvoeren en dat deze arbeidsdeskundige in de analyse duidelijk heeft vermeld hoe het arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan 35% tot stand is gekomen.

- Tot slot betoogt Aangeslotene dat Consument niet ontvankelijk is ten aanzien van zijn klacht over de premieverhoging omdat de behandeling van de klacht niet bij de Ombudsman aan de orde is gekomen. Voor het geval de klacht wel ontvankelijk is voert Aangeslotene aan dat zij op grond van artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden tot wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en premie heeft mogen overgaan en dat niet valt in te zien waarom de premieverhoging in strijd zou zijn met de redelijkheid en billijkheid.

5. Beoordeling

5.1. Voorop staat dat in artikel 6.3 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de verzekerde na het tweede ziektejaar recht heeft op een vervoluitkering, als hij door de (keurings)arts en/of arbeidsdeskundige arbeidsongeschikt is verklaard voor het verrichten

van passende werkzaamheden. Verder is in het artikel bepaald dat de arbeidsongeschiktheid en de mate hiervan zullen worden vastgesteld door een door Aangeslotene aan te wijzen onafhankelijke arbeidsdeskundige en/of (keurings)arts. De Commissie staat in de eerste plaats voor de vraag aan de hand van welke criteria de mate van de arbeidsongeschiktheid moet worden vastgesteld.

5.2. De Commissie stelt bij de beantwoording van deze vraag voorop dat Consument de arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten in de hoedanigheid van natuurlijk persoon, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. Op grond van artikel 6:238 lid 2 BW heeft als uitgangspunt te gelden dat bij een overeenkomst tussen een gebruiker van algemene voorwaarden en een natuurlijk persoon die niet handelt in de uitoefening van beroep of bedrijf - met wie Consument in het onderhavige geval gelijk te stellen is – de bepalingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld en dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling in de algemene voorwaarden de voor de wederpartij meest gunstigste uitleg prevaleert (de contra proferentem-regel).

5.3. De Commissie is met Consument van oordeel dat onduidelijk is aan de hand van welke criteria de mate van de arbeidsongeschiktheid voor passende werkzaamheden moet worden vastgesteld. De Commissie constateert dat de criteria in artikel 6.3, noch elders in de verzekeringsvoorwaarden, zijn vermeld. Het standpunt van Aangeslotene dat aansluiting moet worden gezocht bij de toetsingscriteria in artikel 6.2 van de verzekeringsvoorwaarden wordt door de Commissie verworpen. Dit artikel ziet nadrukkelijk op artikel 6.1 en heeft daarmee uitsluitend betrekking op de eigen werkzaamheden en niet op passende arbeid.

Nu er redelijkerwijs twijfel bestaat over de te hanteren toetsingscriteria, moet artikel 6.3 ingevolge de contra proferentem-regel ten gunste van Consument worden uitgelegd voorzover die uitleg redelijk is. De lezing van Consument komt erop neer dat bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid een toetsing dient plaats te vinden aan het inkomen dat hij verdiende voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid (het maatmaninkomen). De Commissie is van oordeel dat deze uitleg in het licht van de strekking van de verzekering, te weten het afdekken van het risico dat in geval van inkomstenderving de vaste maandlasten niet meer kunnen worden voldaan, alleszins redelijk is.

5.4. De volgende vraag die beantwoord moet worden is of Consument arbeidsongeschikt is voor passende werkzaamheden als bedoeld in artikel 6.3 van de verzekeringsvoorwaarden. De Commissie stelt in dit verband vast dat Consument zich voor de periode na het tweede ziektejaar heeft verzekerd op basis van dekkingskeuze 4. Ingevolge artikel 6.5 van de verzekeringsvoorwaarden brengt deze dekkingskeuze mee dat Consument recht heeft op een vervolgutkering als het arbeidsongeschiktheidspercentage 35% of hoger is.

Hiervoor is reeds overwogen dat bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid een toetsing dient plaats te vinden aan het maatmaninkomen. Vaststaat dat alleen de arbeidsdeskundige van X de mate van arbeidsongeschikt heeft bepaald aan de hand van het maatmaninkomen. Met Consument is de Commissie daarom van oordeel dat aansluiting moet worden gezocht bij de conclusies in het rapport van X van 4 februari 2011. Nu niet ter discussie staat dat de arbeidsdeskundige met gebruikmaking van deze methode de mate van arbeidsongeschiktheid juist heeft vastgesteld op 47%, moet worden aangenomen dat Consument voor meer dan 35% arbeidsongeschikt is voor passende werkzaamheden en daarmee arbeidsongeschikt in de zin van artikel 6.3 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.5. Een en ander leidt tot de conclusie dat de verzekering in stand is gebleven en dat Aangeslotene de verzekerde maandbedragen aan Consument had moeten doorbetalen. De vordering zal aldus worden toegewezen dat Aangeslotene aan Consument alsnog de verzekerde maandbedragen vanaf 1 oktober 2011 zal moeten vergoeden, telkens te vermeerderen met een rente die gelijk is aan de wettelijke rente vanaf de dag waarop iedere termijn betaald had moeten worden. Verder moet Aangeslotene het bedrag ad € 123,03 waarmee de maandelijkse premie vanaf 1 september 2011 is verhoogd aan Consument terugbetalen, telkens te vermeerderen met een rente die gelijk is aan wettelijke rente vanaf de dag dat het bedrag door Consument is voldaan. Tot slot zal Aangeslotene aan Consument de eigen bijdrage ad € 50,- moeten vergoeden voor de behandeling van de klacht door de Commissie. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen derhalve onbesproken blijven.

6. Beslissing

De Commissie stelt bij wijze van bindend advies vast

- 6.1. dat Aangeslotene aan Consument de verzekerde maandbedragen vanaf 1 oktober 2011 vergoedt, telkens te vermeerderen met een rente die gelijk is aan de wettelijke rente vanaf de dag waarop iedere termijn betaald had moeten worden;
- 6.2. dat Aangeslotene het bedrag ad € 123,03 waarmee de maandelijkse premie vanaf 1 september 2011 is verhoogd, aan Consument terugbetaalt, telkens te vermeerderen met een rente die gelijk is aan de wettelijke rente vanaf de dag dat het bedrag door Consument is voldaan;
- 6.3. dat Aangeslotene aan Consument de eigen bijdrage (€ 50,-) vergoedt voor de behandeling van het geschil door de Commissie;
- 6.4. dat een en ander moet plaatsvinden binnen een termijn van vier weken na de verzenddatum van dit bindend advies.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor kifid.nl/consumenten/wie-behandelt-mijn-klacht/4#stappen-plan.