

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-757  
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en drs. A Paulusma-de Waal, leden  
en mr. M.J. Vlasveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 21 juni 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Monuta Verzekeringen N.V., gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 14 november 2017  
Aard uitspraak : bindend advies

## **Samenvatting**

Bij het afsluiten van een overlijdensrisicoverzekering heeft de verzekeringnemer alle gezondheidsvragen met NEE beantwoord. Omdat de verzekerde binnen twee jaar na het afsluiten van de verzekering is overleden, heeft de verzekeraar zich gewend tot de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens. Deze heeft geoordeeld dat de verzekeringnemer de gezondheidsverklaring niet naar waarheid heeft ingevuld. De Geschillencommissie oordeelt dat de wettelijke mededelingsplicht is geschonden. De verzekeringnemer had gezien de vraagstelling, de feitelijke situatie en zijn gezondheidsklachten redelijkerwijs moeten begrijpen dat hij de vragen niet met NEE mocht beantwoorden. Bij de ware stand van zaken had een redelijk handelend verzekeraar de verzekering niet afgesloten, zo oordeelt de Geschillencommissie. De verzekeraar is terecht niet tot uitkering overgegaan en de vordering van Consument wordt afgewezen.

## **1. Procesverloop**

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken met de daarbij behorende bijlagen:

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor bindend advies.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 22 december 2016 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 De echtgenoot van Consument, de heer [naam echtgenoot], geboren op [geboortedatum] 1972, heeft op 28 januari 2014 bij Verzekeraar een Uitvaartverzekering aangevraagd. De verzekering is afgesloten via een digitaal aanvraagformulier. Een gezondheidsverklaring was een onderdeel van de aanvraagprocedure.

Daarbij zijn aan de heer [naam echtgenoot] de volgende twee vragen voorgelegd:

- a. *Staat één van de verzekerden onder controle van een (huis)arts of specialist, of heeft één van de verzekerden de laatste 5 jaar een specialist geraadpleegd? (Zo ja, welke arts of specialist, waarvoor en (sinds) wanneer)?*
- b. *Gebruikt één van de verzekerden medicijnen (zo ja, waarvoor, welke en sinds wanneer)?*

De heer [naam echtgenoot] heeft beide vragen met NEE beantwoord. De verzekering is om 18:29:34 automatisch geaccepteerd.

- 2.2 De uitvaartverzekering is ingegaan op 28 januari 2014. Tegen een maandelijks premie van € 11,67 is verzekerd, het verzorgen van de uitvaart volgens het pakket van diensten, met een vrij te besteden bedrag van € 4.000,00, dat beschreven staat op de dekkingsbijlage van deze polis. Op de verzekering is onder andere de clausule 'digitale aanvraag' van toepassing. Hierin staat vermeld: *"(...). Door de premie van deze verzekering te voldoen, geeft u aan akkoord te zijn met de algemene voorwaarden en bekend te zijn met de mededelingsplicht die u vanuit wettelijke bepalingen is opgelegd. U verklaart de in het aanvraagproces gestelde gezondheidsvragen naar waarheid en enkel ontkennend te hebben beantwoord zodat geen nader onderzoek noodzakelijk is ter acceptatie."*
- 2.3 De heer [naam echtgenoot] is op [datum overlijden] 2015 overleden aan maagkanker. Bij brief van 10 juni 2015 bericht Verzekeraar dat hij heeft besloten zich tot de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens (verder: de Toetsingscommissie) te wenden omdat de heer [naam echtgenoot] binnen twee jaar na het afsluiten van de verzekering is overleden.
- 2.4 Verzekeraar schrijft op 15 juli 2015 dat hij niet tot uitkering over zal gaan. Verzekeraar bericht dat zij ten tijde van het afsluiten van de verzekering niet juist is geïnformeerd over de gezondheidstoestand van de heer [naam echtgenoot]. Indien hij de juiste informatie had gekregen had hij de verzekering niet geaccepteerd.
- 2.5 De Toetsingscommissie heeft Consument op 20 juli 2015 bericht dat de heer [naam echtgenoot] de gezondheidsverklaring niet naar waarheid heeft ingevuld. De Toetsingscommissie schrijft het volgende:  
*"(...). Uit de aan de Toetsingscommissie ter beschikking gekomen gegevens blijkt dat de heer [naam echtgenoot] op [datum overlijden] 2015 is overleden aan de gevolgen van maagkanker. Begin januari 2014 heeft de heer [naam echtgenoot] zich voor het eerst bij zijn huisarts gemeld wgens klachten die achteraf gezien daarmee in verband blijken te hebben gestaan.*

*In eerste instantie werd getracht die klachten te bestrijden met maagzuurremmers, maar de werking daarvan bleek onvoldoende. Daarom werd hij op 17 januari 2014 naar een MDL-arts verwezen. Op 28 januari 2014 werd een gastroscopie verricht en op 5 februari 2014 volgde de diagnose, die op die datum ook met betrokkene werd besproken.*

*Uit deze opsomming van feiten en gebeurtenissen blijkt wel dat de heer [naam echtgenoot] in zijn op 28 januari 2014 ingediende gezondheidsverklaring, toen hij al zijn huisarts had geconsulteerd en op diens verwijzing bij een MDL-arts was geweest, en zelfs al een gastroscopie had ondergaan, niet had mogen verklaren dat hij niet onder controle was van een huisarts of specialist, en de laatste 5 jaar geen specialist had geconsulteerd. Het is duidelijk dat hij, door op die vraag met "Nee" te antwoorden, de verzekeringsmaatschappij informatie heeft onthouden die van belang was voor de beoordeling van het risico zoals zich dat heeft verwezenlijkt. (...)"*

2.6 Op de bezwaren van Consument antwoordt de Toetsingscommissie op 23 februari 2016 als volgt:

*“(…). U stelt dat de heer [naam echtgenoot] ten tijde van de invulling van zijn gezondheidsverklaring, op 28 januari 2014, de vraag of hij onder controle stond van een (huis)arts of specialist, terecht ontkennend heeft beantwoord. U baseert die mening op een aan een woordenboek ([www.woorden.org](http://www.woorden.org)) ontleende definitie van “controle”. De Toetsingscommissie is het daarmee niet eens. Zij verstaat onder “onder controle staan” het meermaals consulteren van een arts wegens bepaalde (terugkerende of blijvende) klachten waartegen de arts (nog) geen (succesvolle) therapie heeft bepaald. In de maand januari 2014 heeft de heer [naam echtgenoot] ten minste tweemaal zijn huisarts geraadpleegd, de laatste keer op 17 januari, toen hij naar een MDL-arts werd verwezen, en wel omdat de klachten niet minder waren geworden.*

*Ook uw stelling dat hij nog geen specialist had geraadpleegd wordt door de commissie verworpen. Onder het raadplegen van een medicus wordt in het algemeen verstaan het advies vragen (zoals u zelf al als betekenis van dat woord vermeldt) aan een medicus. Wel nu, betrokkene was, zoals hiervoor vermeld, op 17 januari 2014 naar een MDL-arts verwezen, en bij deze onderging hij op 28 januari 2014 een gastroscopie.*

*Inderdaad zijn de bevindingen daarvan pas op 5 februari 2014 met betrokkene besproken, maar het voor de eerste maal raadplegen i.c. het consulteren op verwijzing van de huisarts, had toen al plaatsgevonden.*

*Verder gaat u ervan uit dat maagzuurremmers geen medicijnen zijn, omdat ze vrij verkrijgbaar zijn bij drogist en supermarkt. Dat moge zo zijn, ook bij raadpleging van internet op het trefwoord “maagzuurremmers” zult u kunnen lezen dat het wel degelijk medicijnen zijn. Op de vraag of betrokkene medicijnen gebruikte had hij dus met “Ja” moeten beantwoorden.*

*(…) Weliswaar zou een meer gedetailleerde vraagstelling de voorkeur van de commissie hebben gehad, maar ook op de beperkte vragen die de maatschappij de maatschappij nu gebruikt had de heer [naam echtgenoot] correct moeten antwoorden.”*

2.7 Consument doet een verzoek om een coulance uitkering. Verzekeraar heeft dat verzoek afgewezen.

### **3. Vordering, klacht en verweer**

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert een bedrag van € 7.809,80 te weten het bedrag van de uitvaartkosten. Voorts een nader te bepalen bedrag voor de onvoldoende informatievoorziening door Verzekeraar.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar dient overeenkomstig de verzekeringsovereenkomst tot uitkering over te gaan. Voorts had Verzekeraar de door Consument verzochte informatie moeten verstrekken. De communicatie van Verzekeraar richting Consument was ongepast en onvolledig.

Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Het beroep van Verzekeraar op verzwijging is ten onrechte gedaan omdat de heer [naam echtgenoot] de gezondheidsverklaring juist heeft ingevuld. De vraag over de controle en het raadplegen van de huisarts of specialist en de vraag over het gebruik van medicijnen heeft de heer [naam echtgenoot] terecht met NEE beantwoord.
  - De heer [naam echtgenoot] heeft 'onder controle staan' begrepen als 'Na het verrichten van een handeling – bij voorkeur door iemand anders – kijken of de handeling goed verlopen is ([www.woorden.org](http://www.woorden.org))'. Ook had hij naar zijn weten nog geen specialist geraadpleegd. Zie daarvoor de definities van raadplegen: 'IV) overleg plegen met V) 1) advies vragen 2) beraadslagen ([www.woorden.org](http://www.woorden.org))'. De heer [naam echtgenoot] overlegde immers pas op 5 februari 2014 met een medisch specialist over de gastroscopie van 28 januari 2014. Tussen 17 en 28 januari 2018 is derhalve geen MDL-arts geraadpleegd.
  - Op de datum van het afsluiten van de verzekering gebruikte de heer [naam echtgenoot] alleen maagzuurremmers. Dit zijn geen medicijnen omdat deze niet onder de geneesmiddelenwet vallen en vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist en supermarkt. Verzekeraar geeft in zijn vraag geen uitleg over het begrip medicijn of beperkt de aard van het medicijn.
- De vragen uit de gezondheidsverklaring zijn onvoldoende duidelijk. Dit blijkt ook uit het feit dat Verzekeraar de vragen heeft aangepast en de Toetsingscommissie heeft verklaard dat een meer gedetailleerde vraagstelling de voorkeur had gehad.
- Het had op de weg van Verzekeraar gelegen om zijn vragen duidelijker te formuleren indien hij bepaalde informatie wilde hebben. De gevolgen van onduidelijke vragen mogen niet op Consument worden afgewenteld.
- Ondanks een aantal verzoeken heeft Verzekeraar niet het volledige verzekeringsdossier van de heer [naam echtgenoot] toegezonden. Tot op heden beschikt Consument niet over alle stukken. Voorts heeft Verzekeraar nimmer aan Consument medegedeeld hoe zij wel aan het volledige dossier kan komen. Daarnaast heeft Verzekeraar nooit informatie willen geven over de mogelijkheid bezwaar aan te tekenen tegen zijn besluit om niet tot uitkering over te gaan.
- Na het overlijden van de heer [naam echtgenoot] heeft Verzekeraar herhaaldelijk betalingsverzoeken naar Consument verstuurd. Het bleek niet mogelijk om dit stop te zetten en deze brieven hebben Consument veel onrust bezorgd.

#### Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Bij het invullen van de vragenlijst heeft de heer [naam echtgenoot] twee gezondheidsvragen ten onrechte met NEE beantwoord. De heer [naam echtgenoot] had zich immers reeds voor de aanvraag tot de huisarts gewend met maagklachten, was verwezen naar een MDL-arts en heeft op de dag van de aanvraag een gastroscopie ondergaan. Voorts gebruikte hij door de huisarts voorgeschreven maagzuurremmers.
- De gezondheidsvragen zijn voldoende duidelijk. De heer [naam echtgenoot] had moeten en kunnen begrijpen dat melding van de bezoeken aan de arts en het gebruik van maagzuurremmers vermeld hadden moeten worden.

Het is duidelijk dat Verzekeraar met de vragen informatie wenst over het raadplegen van een (huis)arts of specialist en of medicijnen gebruikt worden.

- Door de Toetsingscommissie is aangegeven dat dat ‘onder controle staan’ inhoudt het meermaals consulteren van een arts wegens bepaalde (terugkerende of blijvende) klachten waartegen de arts (nog) geen (succesvolle) therapie heeft bepaald. Het ondergaan van een gastroscopie kan gezien worden als het onder controle staan van een (huis)arts. Voorts had het laatste gedeelte van de vraag “of heeft één van de verzekerden de laatste vijf jaar een specialist geraadpleegd”, voor de heer [naam echtgenoot] aanleiding moeten zijn om te melden dat de huisarts hem doorverwezen had naar een MDL-arts en deze hem doorverwezen had voor het ondergaan van een gastroscopie.
- De vraag over het medicijngebruik was niet beperkt tot de aard van de medicijnen. Voorts is ook de Toetsingscommissie van oordeel dat maagzuurremmers, hoewel deze vrij verkrijgbaar zijn, worden aangemerkt als medicijn. Maagzuurremmers vallen onder de Geneesmiddelenwet. Dit volgt uit de definitie van geneesmiddel zoals weergegeven onder artikel I lid I sub b van die wet.
- Indien de heer [naam echtgenoot] de vragen juist had beantwoord, was de verzekering vooralsnog niet geaccepteerd en was de uitslag van de gastroscopie afgewacht. Door het onjuist beantwoorden van de vragen is Verzekeraar de mogelijkheid ontnomen om de uitslag van de gastroscopie af te wachten. Verzekeraar had dan kunnen beoordelen of en zo ja, onder welke voorwaarden de verzekering zou kunnen worden geaccepteerd. Aan deze toets is Verzekeraar door het ontbreken van de juiste informatie niet toegekomen. Bij de juiste informatie over de gezondheid van de heer [naam echtgenoot] had Verzekeraar de verzekering niet gesloten.
- Verzekeraar is doordat de vragenlijst onjuist is ingevuld, geen uitkering verschuldigd. De vraag of de aandoening waaraan de heer [naam echtgenoot] voor zijn overlijden leed ook heeft bijgedragen aan zijn overlijden, kan daarom onbesproken blijven. Dit volgt ook uit de uitspraak van de Geschillencommissie Kifid van 25 november 2015, 2015-360.
- De vragen in de gezondheidsverklaring zijn niet aangepast omdat deze niet duidelijk zouden zijn. Verzekeraar heeft gekozen voor een wijziging in de vraagstelling omdat gebruik wordt gemaakt van een andere wijze van accepteren. Voorts is de overweging van de Toetsingscommissie “Weliswaar zou een meer gedetailleerde vraagstelling de voorkeur van de commissie hebben gehad” ook een reden voor Verzekeraar geweest om de vraagstelling aan te passen.
- Het is vanwege privacy redenen niet mogelijk om het gehele dossier aan de nabestaanden van de heer [naam echtgenoot] toe te zenden. De medisch adviseur van Verzekeraar heeft de gezondheidsvragen doorgestuurd naar de Toetsingscommissie. Volgens afspraken tussen het Verbond van Verzekeraars en de KNMG is de Toetsingscommissie het orgaan dat de medische gegevens bij de (huis)arts opgevraagd. Met deze regels kan onderzoek worden gedaan zonder dat het medisch beroepsgeheim wordt geschonden. Verzekeraar begrijpt dat bij Consument onduidelijkheid is ontstaan bij wie zij het dossier kan opvragen.
- De aanmaningen zijn verzonden vanuit het uitvaartbedrijf. Omdat de uitkering vanwege het oordeel van de Toetsingscommissie door Verzekeraar is geweigerd, diende de uitvaartnota door de nabestaanden te worden vergoed. Verzekeraar is het met Consument eens dat hij op sommige punten duidelijker en sneller had kunnen reageren.

Achteraf gezien was het op zijn plaats geweest om hangende het bezwaar bij de Toetsingscommissie, de aanmaningsprocedure te stoppen.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Bij de beoordeling van dit geschil hanteert de Commissie het hierna weergegeven toetsingskader. Ingevolge artikel 7:928 Burgerlijk Wetboek (BW) is de aspirant-verzekeringnemer verplicht is om vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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. Indien een verzekering wordt gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, geeft de verzekeraar daarmee te kennen dat de gestelde vragen feiten betreffen waarvan de aspirant-verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken - de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.
- 4.2 Op basis van het oordeel van de Toetsingscommissie stelt de Commissie vast dat op het moment van de aanvraag van de verzekering de heer [naam echtgenoot] zijn huisarts had bezocht en dat een MDL-arts op de dag van de aanvraag een gastroscopie had uitgevoerd. Voorts gebruikte de heer [naam echtgenoot] door de huisarts voorgeschreven maagzuurremmers. Verzekeraar was ten tijde van de verzekeringsaanvraag niet van deze informatie op de hoogte.
- 4.3 Allereerst is aan de orde de vraag of de heer [naam echtgenoot] zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden door de vragen op de gezondheidsverklaring niet juist te beantwoorden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende. De Commissie is van oordeel dat de heer [naam echtgenoot] niet alle gezondheidsvragen met NEE had mogen beantwoorden. Zij oordeelt dat voldoende duidelijk is dat Verzekeraar met de vraag over 'het onder controle staan van een huisarts of specialist en het raadplegen van een specialist' heeft bedoeld bij de aspirant-verzekeringnemer te informeren of deze zich met eenzelfde klachten/ziektepatroon meerdere malen tot een arts heeft gewend of door een specialist is gezien. De heer [naam echtgenoot] had gezien de vraagstelling, de feitelijke situatie en zijn gezondheidsklachten redelijkerwijs moeten begrijpen dat hij Verzekeraar had moeten melden dat hij zich tot de huisarts en MDL-arts had gewend. De uitleg welke Consument geeft aan de definities 'onder controle staan' en 'raadplegen' kan door de Commissie gezien het bovenstaande niet als een redelijke uitleg worden aangemerkt. De Commissie oordeelt dat deze vragen voldoende duidelijk zijn. Dat de vragen door Verzekeraar zijn aangepast vanwege hun onduidelijkheid, wordt door Verzekeraar gemotiveerd betwist.

Voorts is de Commissie van oordeel dat sprake is geweest van medicijngebruik nu de heer [naam echtgenoot] maagzuurremmers op voorschrift van een arts gebruikte tegen de toen aanwezige klachten. Ook uit deze vraagstelling had de heer [naam echtgenoot] moeten begrijpen dat hij deze vraag niet met 'NEE' mocht beantwoorden. Dat deze maagzuurremmers vrij verkrijgbaar zijn doet daaraan niet af. Dit alles brengt de Commissie tot het oordeel dat de heer [naam echtgenoot] de op hem rustende mededelingsplicht van artikel 7:928 BW heeft geschonden, zodat sprake is van verzwijging.

- 4.4 De volgende vraag is of Verzekeraar zich gezien de verzwijging op het standpunt mag stellen dat hij overeenkomstig artikel 7:930 BW Consument geen uitkering verschuldigd is. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij bij de ware kennis van zaken de verzekering niet zou hebben afgesloten. Zoals onder 4.1 reeds is overwogen geldt daarbij als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Verzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij alvorens de heer [naam echtgenoot] als verzekerde te accepteren, de uitslag van de gastroscopie had afgewacht. Verzekeraar zou na de diagnose maagkanker de heer [naam echtgenoot] niet als verzekerde hebben geaccepteerd. Naar het oordeel van de Commissie is dit overeenkomstig het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar.
- 4.5 Van Verzekeraar kan niet worden verlangd dat hij Consument de medische gegevens van de heer [naam echtgenoot] verstrekt. Daarmee zou hij in strijd met de wet bescherming persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen handelen omdat de heer [naam echtgenoot] voor het verstekken van deze gegevens – ook al betreft het zijn echtgenote of levenspartner – geen toestemming meer kan geven. De Toetsingscommissie mag wel zonder machtiging over de medische gegevens beschikken. De Toetsingscommissie vraagt deze gegevens zelfstandig op bij de behandelend artsen van de verzekeringnemer. Zij is hiertoe bevoegd op basis van het Convenant inzake de mededeling van gezondheidsgegevens. Dat Verzekeraar de medische gegevens niet aan Consument heeft verzonden, kan hem niet worden tegengeworpen. Ten overvloede overweegt de Commissie nog dat de Toetsingscommissie bevoegd is de medische gegevens van de verzekerde na diens overlijden bij zijn behandelend artsen op te vragen. Een dergelijke bevoegdheid heeft Verzekeraar niet.
- 4.6 Dat Consument hangende de procedure bij de Toetsingscommissie aanmaningen heeft ontvangen voor het voldoen van de uitvaartkosten, acht de Commissie voor Consument begrijpelijkerwijs vervelend en confronterend. Zij oordeelt dat deze handelwijze echter niet verwijtbaar. De procedure bij de Toetsingscommissie schort immers de betalingsverplichting niet op. Voorts vormt de uitvaartverzorging een andere (juridische) entiteit dan die van Verzekeraar.
- 4.7 De conclusie is dat de heer [naam echtgenoot] niet aan zijn mededelingsplicht heeft voldaan. Verzekeraar stelt zich terecht op het standpunt dat hij niet tot uitkering dient over te gaan en de verzochte medische informatie niet behoefte te verstrekken. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

## **5. Beslissing**

De Commissie wijst de vordering af.

*In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende 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 [www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld](http://www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld).*

*U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.*