

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-779  
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus en  
drs. A. Paulusma-de Waal, leden en mr. D.P. van Strien, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 22 augustus 2016  
Ingediend door : Consument  
Tegen : TAF B.V., gevestigd te Eindhoven, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 21 november 2017  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Verzwijging. Opzegging verzekering. Consument en haar echtgenoot hadden aan de hand van de informatie op het voorblad van de gezondheidsverklaring kunnen en behoren te begrijpen dat zij Verzekeraar vóórdát zij definitief waren geaccepteerd, op de hoogte moesten stellen indien bij één van hen sprake was van een verandering van de gezondheid. Ook konden zij vaststellen wanneer sprake was van een definitieve acceptatie. Er is sprake geweest van een opeenstapeling van met spoed uitgevoerde onderzoeken, waarbij verschillende steeds meer verontrustende berichten elkaar opvolgden. De vraag is wanneer in deze keten van gebeurtenissen sprake is van een zodanig relevante wijziging in de gezondheidstoestand van de echtgenoot van Consument, dat deze had behoren te begrijpen dat hij daarvan melding had moeten doen aan Verzekeraar. De verwijzing door de huisarts naar een specialist wijst op een relevante wijziging in de gezondheidstoestand, die Consument en haar echtgenoot aan Verzekeraar hadden moeten melden. Daar komt bij dat de uitslag van de onderzoeken nog volgde vóór de datum van definitieve acceptatie. Consument en haar echtgenoot hadden in elk geval op dat moment Verzekeraar nog op de hoogte behoren te stellen van de gewijzigde gezondheidstoestand. Er is dan ook sprake van schending van de mededelingsplicht ex artikel 7:928 lid I BW. Verzekeraar mocht de verzekeringsovereenkomst met dadelijke ingang opzeggen. Er geen sprake van aan een Verzekeraar verwijtbare vertraging van het acceptatieproces.

## **I. 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 reactie op dit verweerschrift van Consument;
- de dupliek van Verzekeraar; en
- de ter zitting door Verzekeraar overgelegde acceptatieverklaring d.d. 27 augustus 2015.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 30 augustus 2017 en zijn aldaar verschenen.

## 2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument en haar echtgenoot hadden een beleggingsverzekering bij Reaal met polisnummer [x]. Bij leven op 1 juli 2031 zou deze verzekering de waarde uitkeren in euro's van het aantal participaties in de gekozen beleggingsfondsen op die datum. Bij vooroverlijden van een van beide of beide verzekerden, zou deze verzekering een bedrag van € 272.268,- uitkeren.
- 2.2 Op advies van de tussenpersoon hebben Consument en haar echtgenoot besloten een nieuwe overlijdensrisicoverzekering af te sluiten om zo premie te besparen en de afkoopwaarde van de verzekering bij Reaal uit te laten keren. Deze afkoopwaarde bedroeg per 3 december 2014 € 12.232,26,-.
- 2.3 Op 24 juni 2015 is het door Consument en haar echtgenoot ondertekende aanvraagformulier voor een overlijdensrisicoverzekering op hun beider leven naar Verzekeraar verzonden. Bij dit aanvraagformulier waren door de Consument en door haar echtgenoot ingevulde gezondheidsverklaringen bijgevoegd.
- 2.4 In de toelichting bij de gezondheidsverklaringen is de volgende passage opgenomen:  
“(…) *Verandert uw gezondheid?  
U vult de gezondheidsverklaring in. En sluit uw verzekering af. Soms zit daar een paar weken tussen. Intussen kan uw gezondheid beter of slechter worden. U moet dit dan direct doorgeven aan de verzekeraar. Dit is uw mededelingsplicht. Geeft u de verandering niet door? Dan heeft dit misschien gevolgen. U leest hierover onder het kopje ‘Wat moet u vertellen?’.*

*Let op!  
Heeft u van de verzekeraar een polis gekregen? Of een acceptatiebewijs of definitieve bevestiging? Dan is uw verzekering definitief afgesloten. Soms accepteert de verzekeraar u voorlopig. Dat bent u nog niet definitief verzekerd. U moet eventuele veranderingen in uw gezondheid doorgeven totdat de verzekering definitief is.*

(…)”
- 2.5 Consument had aanvankelijk abusievelijk enkele gegevens niet ingevuld. Verzekeraar heeft de tussenpersoon per e-mail van 25 juni 2015 verzocht om aanvulling van de gegevens en daarbij aangegeven dat de vragen die gesteld worden op de gezondheidsverklaring door de verzekerde zelf moeten worden beantwoord.
- 2.6 De tussenpersoon heeft de ontbrekende gegevens aangeleverd. Verzekeraar gaf daarop aan deze gegevens niet te kunnen gebruiken, omdat deze niet door Consument zelf waren verstrekt.

- 2.7 Als gevolg van de vakantie van Consument en haar echtgenoot, heeft Consument de ontbrekende gegevens eerst per e-mail van 21 juli 2015 kunnen aanleveren. Verzekeraar heeft per e-mail van 23 juli 2015 bericht dat de aanvraag in behandeling was genomen.
- 2.8 Tijdens de vakantie heeft de echtgenoot van Consument lichamelijke klachten ondervonden. Aanvankelijk werd gedacht dat sprake was van een virus of bacterie. De klachten hielden evenwel aan.
- 2.9 De echtgenoot van Consument is in augustus 2015 naar zijn huisarts gegaan. Deze verwees hem voor onderzoek naar het ziekenhuis. Dit onderzoek vond op 17 augustus 2015 plaats. De uitslag van het onderzoek volgde op 19 augustus 2015. Het was gebleken dat de nier van de echtgenoot van Consument vergroot was. Zijn longen moesten nader worden onderzocht. Op 24 augustus 2015 is een CT-scan gemaakt.
- 2.10 Per brief van 25 augustus 2015 hebben Consument en haar echtgenoot een voorstel ontvangen voor het aangaan van een overlijdensrisicoverzekering bij Verzekeraar, met een iets verhoogde premie voor Consument. In de brief staat geschreven:  
“(…) *Indien u zich met deze aanbieding kunt verenigen, ontvangen wij graag binnen 2 weken een door u akkoord getekend exemplaar van deze brief. U ontvangt dan uw polisblad. Verder zal er bij de eerst volgende premie incasso de volledige premie vanaf bovengenoemde ingangsdatum geïncasseerd worden.*  
(…)”
- 2.11 Consument en haar echtgenoot hebben het aanbod op 26 augustus 2015 ondertekend waarna het formulier diezelfde dag per e-mail naar Verzekeraar is gezonden.
- 2.12 Op 26 augustus 2015 ontving de echtgenoot van Consument het bericht dat hij waarschijnlijk nierkanker had, met uitzaaiingen in de longen.
- 2.13 Verzekeraar heeft op 27 augustus 2015 het bericht verzonden dat Consument en haar echtgenoot waren geaccepteerd. Op 28 augustus 2015 is het polisblad van de verzekering afgegeven met Consument als verzekeringnemer en haar echtgenoot als medeverzekeringnemer. Ingangsdatum van de verzekering was 1 juli 2015 en het verzekerd kapitaal, op beider leven, bedroeg € 273.000,-. Het polisnummer van de verzekering is [Y].
- 2.14 Per e-mail van 28 augustus 2015 heeft de tussenpersoon aan Verzekeraar de wijziging in de gezondheidstoestand van de echtgenoot van Consument doorgegeven.
- 2.15 Bij e-mail van 31 augustus 2015 heeft Verzekeraar de tussenpersoon bericht dat de verzekering op grond van artikel 2.3 van de polisvoorwaarden en artikel 7:929 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (‘BW’) per 1 september 2015 zou worden beëindigd. Verzekeraar heeft Consument per brief van 2 september 2015 rechtstreeks van de beëindiging van de verzekering op de hoogte gesteld:  
“(…)”

*In de toelichting op de gezondheidsverklaring, in artikel 2.1 van de polisvoorwaarden en in artikel 7:928 lid 1 Burgerlijk Wetboek is bepaald dat een wijziging in de gezondheidstoestand, vóórdat de verzekering is geaccepteerd, aan de verzekeraar moet worden gemeld. U had ons op de hoogte moeten stellen van de aanhoudende diarree van uw man en de daarop ingestelde onderzoeken. Er was immers sprake van een wijziging in de gezondheidstoestand.*

*Indien u ons de gewijzigde gezondheidstoestand had medegedeeld, dan was de beoordeling van de aanvraag uitgesteld gedurende de onderzoeken. Op het moment dat ons bekend zou zijn dat [echtgenoot] kanker heeft, zou de aanvraag helaas zijn afgewezen.*

*Om die reden wordt de verzekering op grond van artikel 2.3 van de polisvoorwaarden en artikel 7:929 lid 2 Burgerlijk Wetboek per 1 september 2015 beëindigd. U kunt de reeds geïncasseerde premie van september storneren.  
(...)"*

2.16 Bij e-mail van 29 september 2015 heeft Verzekeraar het volgende geschreven:

*"(...)*

*Wij hebben de aanvraag op 22 juli 2015 voorgelegd aan de medisch adviseur (...), omdat op dat moment de aanvraag compleet was. Op 24 augustus 2015 ontving de verzekeraar het medisch advies, dat betrekking heeft op beide verzekerden. Vervolgens is er op 25 augustus 2015 een acceptatievoorstel naar [Consument en haar echtgenoot] gestuurd.  
(...)"*

2.17 De echtgenoot van Consument is eind oktober 2015 overleden.

2.18 Artikel 2.1 van de toepasselijke polisvoorwaarden luidt:

*"(...)*

*De informatie en de verklaringen die door de verzekeringnemer en/of de verzekerde aan de verzekeraar, onder andere op het aanvraagformulier, medische vragenlijst(en) en (afgegeven) gezondheidsverklaring(en) zijn verstrekt, vormen de basis van de polis en worden beschouwd deel van de polis uit te maken. Deze informatie omvat, maar is niet beperkt tot demografische informatie en informatie over de levensstijl. De verzekeringnemer dient de verzekeraar, voorafgaande aan het sluiten van de verzekering, in kennis te stellen van alle feiten waarvan hij kennis heeft of zou moeten hebben en waarvan hij weet of had moeten begrijpen dat daar de beslissing van de verzekeraar of deze bereid is om de verzekering te sluiten, en zo ja, onder welke voorwaarden, van afhangt of van af kan hangen (wettelijke mededelingsplicht)."*

2.19 Artikel 2.3 van de toepasselijke voorwaarden luidt:

*"(...)*

*Indien blijkt dat niet aan de wettelijke mededelingsplicht is voldaan, kan de verzekeraar de verzekering opzeggen of de verzekering al dan niet met terugwerkende kracht wijzigen in een verzekering onder voorwaarden die gegeven het kennelijke risico voor de verzekeraar aanvaardbaar zijn."*

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

#### *Vordering Consument*

3.1 Consument vordert primair uitbetaling van het verzekerde bedrag van € 273.000,-, alsmede € 4.500,- aan advocaatkosten. Subsidiair vordert Consument de afkoopwaarde van de verzekering bij Reaal met polisnummer [x] (€ 12.232,26,- per 3 december 2014) alsmede vergoeding van € 4.500,- aan advocaatkosten.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst en heeft de op hem rustende en jegens Consument in acht te nemen zorgplicht geschonden. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- De echtgenoot van Consument had bij het aangaan van de verzekering geen medische klachten. Pas rond de afgifte van de polis is aan het licht gekomen dat hij ernstig ziek was. Desondanks heeft Verzekeraar de verzekering beëindigd. Consument betwist de rechtsgeldigheid van de beëindiging van de verzekering. Er is geen sprake van schending van de mededelingsplicht ex artikel 7:929 lid 2 BW.
  - Tijdens de periode van de aanvraag, vanaf 24 juni 2015, zijn voor de echtgenoot van Consument nooit aanvullende medische vragen gesteld en is hij normaal geaccepteerd. De vertraging van de opmaak van de polis had louter en alleen te maken met de medische achtergrond van Consument.
  - Consument bestrijdt dat de gewijzigde gezondheidstoestand reeds in juli 2015 moest worden doorgegeven. Het idee was dat haar echtgenoot een virus of bacterie had opgelopen. Pas in augustus is hij naar de huisarts gegaan omdat hij zich lusteloos voelde. Het bloedonderzoek van de huisarts resulteerde niet in afwijkende bloedwaarden en nog steeds werd gedacht aan een virus of bacterie. Omdat de klachten bleven is de echtgenoot van Consument doorverwezen naar een internist. Deze constateert in aanvang niets bijzonders. Voor 26 augustus 2015 is nooit gesproken over kanker door de huisarts of behandelende artsen. Ook is absoluut niet zeker dat de lichamelijke klachten van de echtgenoot van Consument voortkwamen uit of verband hielden met de later geconstateerde kanker.
  - Verzekeraar heeft geen genoeg genomen met de opgave van de tussenpersoon in verband met de geconstateerde ontbrekende gegevens betreffende Consument. Verzekeraar heeft drie weken gewacht, tot dit persoonlijk door Consument werd bevestigd. Vervolgens is pas het medische traject opgestart. Bij een minder bureaucratische opstelling zou de verzekering al weken eerder zijn afgegeven en zou de onderhavige discussie niet zijn gevoerd. Consument wil daarom weten wanneer haar echtgenoot is beoordeeld en geaccepteerd. Verzekeraar geeft aan dat hij nooit is beoordeeld omdat hiertoe geen aanleiding was. In principe was de overlijdensrisicoverzekering op het leven van de echtgenoot van Consument dus al lang geaccepteerd.
  - De vader van Consument heeft ter zitting verklaard dat het op 25 augustus 2015 verstuurd acceptatievoorstel na ontvangst is ondertekend door Consument en haar echtgenoot en op 26 augustus door de tussenpersoon is teruggezonden naar Verzekeraar. Daarna is de polis afgegeven.

Consument en haar echtgenoot hebben op 26 augustus rond de middag vernomen dat de echtgenoot van Consument naar alle waarschijnlijkheid nierkanker had met vermoedelijk uitzaaiingen in de longen. Vervolgens heeft de vader van Consument de tussenpersoon ingelicht. De diarree had geen verband met de klachten als gevolg van de nierkanker. De echtgenoot van Consument heeft tot de dag van zijn overlijden geen klachten gehad als gevolg van de nierkanker, doch hij is op 27 oktober 2015 overleden als gevolg van de uitzaaiingen naar de longen en de hersenen. Het betrof een van de meest agressieve tumoren, waarvan de ziekteperiode extreem kort is. Van de nierkanker was pas op 26 augustus 2015 sprake. Op 27 augustus 2015 is de kanker gemeld bij de tussenpersoon en deze heeft op 28 augustus 2015 melding gedaan bij Verzekeraar.

- Consument vraagt zich af wat onder deze omstandigheden concreet het meldingsmoment had moeten zijn en op basis van welke feiten gemeld had moeten worden. Naar het oordeel van Consument moet er een redelijke meldingstermijn gelden.
- Consument is van oordeel dat de communicatie door en namens Verzekeraar na beëindiging van de verzekering verwarrend is geweest. Zo ontving de tussenpersoon na beëindiging van de verzekering nog een brief voor Consument dat de verzekering was beëindigd met de motivering “omdat u ons hiervoor een verzoek heeft gestuurd of omdat de looptijd is verstreken.” Consument heeft geen idee wat hiermee wordt bedoeld. Bovendien is daarna nog een herinnering vanwege een betaalachterstand verzonden. Uiteindelijk is het bericht verzonden dat de verzekering per 1 juli 2015 werd beëindigd.

*Verweer Verzekeraar*

3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1 Ter zitting heeft Consument het eerste deel van haar vordering ingetrokken, omdat op de verzekering van Reaal is uitgekeerd. Dit betekent dat de Commissie zich enkel nog over de subsidiaire vordering van Consument zal buigen. Consument vordert de afkoopwaarde van de verzekering bij Reaal en stelt zich op het standpunt dat, uitgaande van de hypothetische situatie dat Verzekeraar de nieuwe verzekering niet had opgezegd, de oude verzekering bij Reaal was afgekocht. Consument had in dat geval eveneens de beschikking gehad over de afkoopwaarde.
- 4.2 Consument heeft gewezen op de voor haar verwarrende communicatie van de zijde van Verzekeraar sinds Verzekeraar de verzekering heeft beëindigd. De Commissie kan Consument volgen in haar stelling dat het in de gegeven situatie de voorkeur had gehad dat Verzekeraar duidelijker met haar had gecommuniceerd. De kritiek van Consument op dit punt houdt echter geen verband met de uiteindelijke vraag, of Consument aanspraak kan maken op een uitkering, zodat dit onderwerp verder onbesproken kan blijven.
- 4.3 De Commissie moet de vraag beantwoorden of Verzekeraar de verzekering met polisnummer [Y] op goede gronden heeft opgezegd. Verzekeraar stelt dat sprake is van verzwijging en beroept zich op artikel 2.1 van de toepasselijke voorwaarden en artikel 7:928 lid 1 BW.

Om te bezien of inderdaad sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 7:928 lid 1 BW, moet de Commissie vaststellen of Consument en haar echtgenoot feiten kenden of behoorden te kennen die zij verplicht waren vóór het sluiten van de overeenkomst aan Verzekeraar te melden. Daarbij is vereist dat zij wisten of behoorden te begrijpen dat deze feiten voor Verzekeraar relevant waren bij de beoordeling of Verzekeraar de verzekeringsovereenkomst met Consument en haar echtgenoot wilde aangaan, al dan niet onder bepaalde voorwaarden.

- 4.4 Op het voorblad van de door Consument en haar echtgenoot ingevulde gezondheidsverklaring is de volgende tekst opgenomen:

*“(…)*

*Als uw gezondheid verandert*

*Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nadat u de verklaring heeft ingevuld? Maar voordat de verzekeraar u definitief heeft geaccepteerd en/of de verzekering ingaat? Geeft u dit dan altijd direct aan ons door.*

*Heeft u:*

*- een definitieve bevestiging van uw acceptatie gekregen?*

*- de polis ontvangen?*

*- een acceptatieblad gekregen?*

*Dan bent u definitief geaccepteerd”*

- 4.5 Consument en haar echtgenoot hadden aan de hand van deze passage kunnen en behoren te begrijpen dat zij Verzekeraar, vóórdat deze hen definitief had geaccepteerd, op de hoogte moesten stellen van een verandering van de gezondheid. Ook konden zij vaststellen wanneer sprake was van een definitieve acceptatie, namelijk bij ontvangst van de definitieve bevestiging van de acceptatie, bij ontvangst van de polis, of bij ontvangst van een acceptatieblad. De aan Consument gerichte acceptatieverklaring is gedateerd op 27 augustus 2015. De Commissie neemt deze datum aan als grens waarvóór bedoelde mededelingsplichten van Consument en haar echtgenoot golden.

- 4.6 Voorafgaand aan deze datum hebben de volgende gebeurtenissen plaatsgevonden.

- een bezoek aan de huisarts op of vlak voor 17 augustus 2015 vanwege aanhoudende lichamelijke klachten dat tot doorverwijzing naar het ziekenhuis heeft geleid,

- een onderzoek op 17 augustus 2015,

- de uitslag op 19 augustus 2015 dat sprake is van een vergrote nier en het nieuws dat een CT-scan van de longen moet worden gemaakt,

- de CT-scan op 24 augustus 2015, en

- de uitslag dat sprake is van nierkanker met waarschijnlijk uitzaaiingen in de longen op 26 augustus 2015.

- 4.7 Naar het oordeel van de Commissie is van belang dat hier sprake is geweest van een opeenstapeling van met spoed uitgevoerde onderzoeken, waarbij verschillende steeds meer verontrustende berichten elkaar opvolgden.

Zo volgde op 19 augustus 2015 de uitslag dat sprake was van een vergrote nier en dat nader onderzoek van de longen van de echtgenoot van Consument vereist was.

De vraag is wanneer in deze keten van gebeurtenissen sprake is van een zodanig relevante wijziging in de gezondheidstoestand van de echtgenoot van Consument, dat deze had behoren te begrijpen dat hij daarvan melding had moeten doen aan Verzekeraar. Consument geeft aan dat bij het bezoek aan de huisarts nog werd gedacht aan een virus of bacterie. De Commissie is evenwel van oordeel dat de verwijzing door de huisarts naar een specialist wijst op een relevante wijziging in de gezondheidstoestand van de echtgenoot van Consument, die Consument en haar echtgenoot aan Verzekeraar hadden moeten melden.

- 4.8 Daar komt bij dat de uitslag van de onderzoeken, dat sprake was van nierkanker, nog volgde vóór de datum van definitieve acceptatie. Consument en haar echtgenoot hadden in elk geval op dat moment Verzekeraar nog op de hoogte behoren te stellen van de gewijzigde gezondheidstoestand. Er is dan ook sprake van schending van de mededelingsplicht als bedoeld in artikel 7:928 lid 1 BW. Verzekeraar mocht de verzekeringsovereenkomst daarom op grond van artikel 7:929 lid 2 BW met dadelijke ingang opzeggen.
- 4.9 Consument stelt zich op het standpunt dat het acceptatieproces als gevolg van gedragingen van Verzekeraar is vertraagd. Ook stelt Consument dat haar echtgenoot aanmerkelijk eerder was geaccepteerd dan Consument zelf, nu Verzekeraar heeft aangegeven dat er voor de medisch deskundige geen reden bestond een onderzoek uit te voeren naar aanleiding van de door de echtgenoot van Consument ingevulde gezondheidsverklaring.
- 4.10 De Commissie overweegt dat Consument en haar echtgenoot bij Verzekeraar één verzekering wilden afsluiten. Er is geen sprake van twee verzekeringen die afzonderlijk van elkaar konden worden geaccepteerd. De verzekering kon daarom pas worden geaccepteerd nadat ook het onderzoek van de medisch deskundige naar aanleiding van de gezondheidsverklaring van Consument had plaatsgevonden.
- 4.11 De vertraging in het acceptatieproces is een gevolg van de omstandigheid dat Consument een vraag in de gezondheidsverklaring niet volledig had beantwoord. Bij het opvragen van de ontbrekende informatie heeft Verzekeraar aangegeven dat Consument de ontbrekende informatie zelf moest aanleveren. De omstandigheid dat Consument de vraag niet persoonlijk heeft beantwoord, behoort dan ook niet tot de risicosfeer van Verzekeraar. Dat geldt ook voor de omstandigheid dat Consument daarna enkele weken op vakantie was. Er is dan ook geen sprake van aan een Verzekeraar verwijtbare vertraging van het acceptatieproces.
- 4.12 De conclusie is dat Verzekeraar de verzekering heeft mogen opzeggen. 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.*