

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-071
(mr. B.F. Keulen, voorzitter, drs. J.H. Paulusma – de Waal, medisch lid,
mr. R.J. Verschoof, lid en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 8 februari 2017
Ingediend door : Consument
Tegen : BNP Paribas Cardif Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Oosterhout, verder te
noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 31 januari 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Consument vordert uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering voor hoofdpijn- en gewrichtsklachten; psychische klachten; darm- en blaasklachten en een tekort aan vitamine B-12. Consument heeft bij het aanvragen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering diverse relevante medische feiten onvermeld gelaten en daardoor zijn precontractuele mededelingsplicht geschonden. Bij kennis van de ware stand van zaken zou de verzekering naar het oordeel van de Commissie met een clause voor hoofdpijn-, schildklier- en gewrichtsklachten tot stand zijn gekomen. De huidige hoofdpijn- en gewrichtsklachten vallen onder deze clauses en zijn derhalve niet verzekerd. De overige klachten van Consument geven geen recht op uitkering onder de verzekering. Vordering afgewezen.

1. Procesverloop

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

- de klachtbrief van Consument;
- 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 6 december 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1964, heeft in 2008 bij Verzekeraar een woonlastenverzekering bij arbeidsongeschiktheid (verder: de Verzekering) aangevraagd. Het aanvraagformulier heeft hij op 5 augustus 2008 – voor zover relevant - als volgt ingevuld en ondertekend:

“[...]

MEDISCHE VERKLARING

Heeft u een ziekte, kwaal of gebrek? [Antwoord Consument:] JA

Heeft u voor hart- en/of vaatklachten, enige vorm van kanker of psychische klachten ooit een arts/specialist geraadpleegd en/of in de laatste 5 jaar een arts/specialist geraadpleegd voor:

(chronische) luchtwegklachten, bloeddruk, bloedonderzoek (o.a. op cholesterol), epilepsie, leverklachten, nierklachten, maag- en/of darmklachten, (chronische) spier- en/of gewrichtsklachten (waaronder rugklachten), suikerziekte of een andere ernstige ziekte? [Antwoord Consument:] NEE

Staat u onder controle van een arts/specialist en/of gebruikt u medicijnen? [Antwoord Consument:]

JA

[...]

VERKLARING

[...]

- dat hij verder niets heeft mede te delen over het te verzekeren risico of over zijn persoon en/of de persoon van een eventuele andere belanghebbende, dat voor het beoordelen van deze verzekeringsaanvraag van belang zou kunnen zijn.
- [...]
- dat de gegeven antwoorden en verklaringen juist en volledig zijn. Geen omstandigheden die voor verzekeraar(s) van belang kunnen zijn voor het beoordelen van het te verzekeren risico zijn niet juist of niet volledig medegedeeld. Ondergetekende(n) is/zijn zich ervan bewust dat onjuist of onvolledig gegeven antwoorden of onjuist gedane verklaringen tot beëindiging van de verzekering kan/kunnen leiden en/of de uitkering geweigerd kan worden.
- [...]"

Per diezelfde datum heeft Consument ook een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. Die gezondheidsverklaring vermeldt onder andere het volgende:

“3a Hebt u wel eens een specialist geraadpleegd? [Antwoord Consument:] nee

b Hebt u wel eens een fysiotherapeut, psycholoog of een andere paramedicus geraadpleegd? [Antwoord Consument:] nee

c Hebt u nog klachten? [Antwoord Consument:] nee

d Staat u nog onder controle? [Antwoord Consument:] nee

4a Hebt u de laatste 5 jaar medicijnen voorgeschreven gekregen? Zo ja, waarvoor, welke hoeveel?

[Antwoord Consument:] ja, Thyrax - schildklier

b Gebruikt u deze medicijnen nog steeds? [Geen antwoord Consument]

5a Heeft uw huisarts u de laatste 3 jaar behandeld? Zo ja, waarvoor, wanneer, hoe lang?

[Antwoord Consument:] ja, schildklier controle

b Bent u wel eens opgenomen in een ziekenhuis, sanatorium, psychiatrische inrichting of een andere verpleeginrichting? [Antwoord Consument:] nee

c Hebt u de laatste 5 jaar om gezondheidsredenen uw werk langer dan 2 volle weken geheel of gedeeltelijk onderbroken? [Antwoord Consument:] ja

[...]

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende toelichting op de gezondheidsverklaring, dat de antwoorden op bovenstaande vragen door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld en dat hij/zij zich ervan bewust is dat onjuistheid of onvolledigheid in deze gezondheidsverklaring kan leiden tot verval van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst.

De verzekerde is verplicht om wijzigingen in de gezondheidsverklaring van de verzekerde, opgetreden na ondertekening van dit formulier, maar voor afgifte van de polis, direct en schriftelijk aan de verzekeringsmaatschappij te melden. [...]"

- 2.2 De Verzekering is met een uitsluitingsclausule voor schildklierpathologie op 6 maart 2009 ingegaan. Einddatum: 5 maart 2029. Verzekerd beroep: verkoopmedewerker. Uitkering vanaf 35% arbeidsongeschiktheid. Eigen risicotermijn: 365 dagen. Koopsom: € 2.296,80. De toepasselijke *Woongarant Hypotheekbescherming Algemene Verzekeringvoorwaarden IBP 0107* (verder: de Voorwaarden) vermelden - voor zover relevant – het volgende:

“Art. 2 Grondslag van de verzekering:

- a. De door verzekeringnemer en/of de verzekerde aan verzekeraar verstrekte opgaven en gedane verklaringen, onder meer op het: aanvraagformulier, op de medische vragenlijst(en) en (uitgebreide) gezondheidsverklaring(en) en bij de medisch(e) keuring(en), vormen de grondslag voor de polis en worden geacht daarmee één geheel te vormen.
- b. Bij elke opzettelijke onjuistheid of onvolledigheid in de opgaven en/of verklaringen zoals vermeld in artikel 2a heeft verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen conform artikel 4 lid d5. Bij elke opzettelijke onjuistheid of onvolledigheid in de opgave en/of verklaringen zoals vermeld in artikel 2a, heeft verzekeraar het recht de verzekering te beëindigen indien bij de ware stand van zaken verzekeraar het risico niet geaccepteerd zou hebben. Indien bij de ware stand van zaken het risico onder andere voorwaarden geaccepteerd kan worden, dan heeft verzekeraar het recht de polis aan te passen en heeft verzekeringnemer de keuze deze aanpassing te accepteren of de verzekering te beëindigen.
- c. [...]

Bijzondere bepalingen betreffende de module arbeidsongeschiktheid

Art. 20 Verzekerde dekking:

- a. Gedurende de looptijd van deze module en met inachtneming van de op het polisblad vermelde eigen risicoperiode dekt verzekeraar het risico van arbeidsongeschiktheid van verzekerde. De eerste dag van arbeidsongeschiktheid is de dag waarop dit door een arts is vastgesteld.
- b. Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door de gevolgen van een lichamelijke ziekte en/of ongeval ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden. Deze lichamelijke ziekte of aandoening dient algemeen in de reguliere geneeskunde erkend te zijn en uitsluitend medisch, en middels objectieve maatstaven gemeten bevindingen, vastgesteld te zijn.

- c. *Aanvullend op het gestelde in lid b van dit artikel zijn de volgende psychiatrische aandoeningen verzekerd: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF score van 50 of minder zoals gespecificeerd binnen de DSM-IV TR of een mengvorm van meerdere van deze ziektebeelden. Deze psychiatrische aandoeningen dienen definitief gediagnostiseerd te zijn binnen de DSM-IV TR en dienen hun oorzaak te hebben in de periode na de ingangsdatum van deze module.”*

2.3 Vanaf 7 juli 2014 is Consument arbeidsongeschikt geraakt.

2.4 Op 15 juni 2015 heeft Consument in verband met arbeidsongeschiktheid een beroep op de Verzekering gedaan als gevolg van: voetklachten, artrose, vergroeiingen van de botten, blaas- en urineklachten, darmklachten, vitaminedekort, pijnklachten, psychische klachten, neurologische klachten en KNO-klachten. Verzekeraar heeft medische informatie bij de behandelaars van Consument opgevraagd waarna de medisch adviseur van Verzekeraar hierover heeft geadviseerd. Na ontvangst van aanvullende informatie heeft de medische adviseur een tweede advies voor Verzekeraar opgesteld. Naar aanleiding van die adviezen heeft Verzekeraar Consument in een brief van 1 september 2015 als volgt bericht:

“[...]

Wat is onze beslissing?

Tot onze spijt moeten wij uw verzoek tot uitkering afwijzen.

Waarom hebben wij deze beslissing genomen?

Wij hebben met uw toestemming medische informatie opgevraagd. Dit hebben we gedaan om uw claim op een juiste manier te beoordelen. Onze medisch adviseur heeft de medische stukken beoordeeld. Volgens hem is hieruit gebleken dat u als gevolg van gewrichtsklachten, hoofdpijnklahten en psychische klachten arbeidsongeschikt bent geworden. Ook maakt hij hieruit op dat de gewrichtsklachten en hoofdpijnklahten al voor de ingangsdatum van de verzekering bekend waren. Voor hoofdpijnklahten bent u behandeld in 2007 en voor gewrichtsklachten bent u behandeld in 2007 en juni 2008.

[...]

Wat betekent dat voor uw verzekering?

De verzekering is niet afgesloten op de juiste basis. Dit hebben wij gerepareerd door alsnog twee clausules aan uw verzekeringsovereenkomst toe te voegen. Dit is geregeld in artikel 7:929 lid 1 en 7:930 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek.

Clausules

Voor [Consument] is arbeidsongeschiktheid als gevolg van gewrichtspathologie alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering uitgesloten.

Voor [Consument] is arbeidsongeschiktheid als gevolg van hoofdpijnklahten alsmede (toekomstige) complicaties, gevolgen en/of behandelingen hiervan gedurende de gehele looptijd van de verzekering uitgesloten.

Wat betekent dit voor uw claim?

Uw hoofdpijnklahten en gewrichtsklahten vallen niet binnen de dekking van de verzekering.

[...]

Psychische klachten

U hebt psychische klachten. Volgens onze medisch adviseur werd de diagnose: depressieve stoornis, eenmalig en matig gesteld. Daarnaast werd een autistiforme stoornis vastgesteld. Uw GAF score is 55-60. Binnen uw verzekering zijn de volgende psychische klachten gedekt: psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en depressieve stoornissen met een GAF score van 50 of minder. Uw klachten vallen hier niet onder. Daarom vallen deze klachten niet binnen de dekking van de verzekering.[...]

Vitamine B12 tekort, darmklachten en blaasklachten

Onze medisch adviseur geeft aan dat uit de medische informatie blijkt dat uw vitamine tekort, uw darmklachten en uw blaasklachten geen arbeidsongeschiktheid veroorzaken van meer dan 35%. U hebt vanwege deze klachten geen recht op een uitkering van ons. [...]"

- 2.5 Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar, is het over dit standpunt dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert uitkering onder de Verzekering.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de overeenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Consument heeft de gezondheidsverklaring naar zijn eigen waarheid van dat moment ingevuld. Consument heeft een autistisch spectrum stoornis (verder: ASS) waardoor hij het belang van de vragen en de gedachte die achter die vragen ligt niet goed kan inschatten en aanvoelen.
 - Consument heeft op de vragenlijst gemeld dat hij medicatie slikte maar niet dat hij bij een specialist was geweest. Deze tegenstrijdigheid had Verzekeraar moeten signaleren om vervolgens contact met Consument op te nemen. In dat geval was Verzekeraar met de klachten bekend geworden en had geconcludeerd dat de klachten niet relevant waren omdat deze geen lichamelijke of medische oorzaak hadden. De hoofdpijnlachten waren een natuurlijke reactie op het drinken van flinke hoeveelheden koffie en de gewrichtsklachten werden veroorzaakt door een onjuiste instelling van schildkliermedicatie. Op grond van artikel 7:930 lid 2 Burgerlijk Wetboek (verder: BW) kan Verzekeraar de uitkering niet weigeren.
 - De werkelijke leefsituatie van Consument resulteert in een GAF-score van 50 waardoor hij voor psychische klachten recht heeft op uitkering.
 - Gelet op het bovenstaande dient de mate van arbeidsongeschiktheid van Consument vastgesteld te worden op grond van al zijn medische klachten waaronder: hoofdpijn- en gewrichtsklachten; psychische klachten met GAF-score 50; darm- en blaasklachten en het tekort aan vitamine B-12.

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 Aan de orde zijn de vragen of Consument bij het aangaan van de Verzekering zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden en of Verzekeraar Consument terecht uitkering onder de Verzekering heeft geweigerd vanwege de door Consument gemelde klachten.
- 4.2 Ingevolge artikel 7:928 BW is de verzekeringnemer verplicht 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 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 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.
- 4.3 De Commissie oordeelt in de eerste plaats over de vraag of Consument bij het aangaan van de Verzekering zijn mededelingsplicht is nagekomen. Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument ruim voor de ingangsdatum van de Verzekering, bij herhaling zowel de huisarts als een specialist geconsulteerd heeft voor hoofdpijn- en wisselende gewrichtsklachten. Consument heeft voor zijn hoofdpijnkklachten een neuroloog geconsulteerd. In tegenstelling tot wat Consument stelt is aangaande de hoofdpijn in 2007 de diagnose migraine gesteld waarvoor hij ook is behandeld. Bovendien bestonden de hoofdpijnkklachten bij het aangaan van de Verzekering al vele jaren. De hoofdpijnkklachten, die in ernst toenamen, kwamen in de familie van Consument voor. Het klachtenpatroon past dan ook bij de diagnose migraine. De pijnklachten in meerdere gewrichten bestonden eveneens al diverse jaren voorafgaand aan de aanvraag van de Verzekering. Nog vlak voor de aanvraag is Consument naar een reumatoloog verwezen. De Commissie is van oordeel dat Consument op het aanvraagformulier en in de gezondheidsverklaring melding had moeten maken van de hoofdpijn- en gewrichtsklachten en de verschillende consultaties.
De Commissie acht deze klachten relevant voor het beoordelen van het risico.

Gelet op de expliciete vragen hierover op het aanvraagformulier en in de gezondheidsverklaring had Consument er rekening mee moeten houden dat deze feiten voor Verzekeraar, als redelijk handelend verzekeraar, relevant waren voor de beoordeling van het te verzekeren risico. De stelling van Consument dat hij vanwege zijn ASS het belang van de vragen en de gedachte die achter de vragen ligt minder goed heeft kunnen inschatten, kan Consument niet baten.

Op het aanvraagformulier en in de gezondheidsverklaring wordt de verzekeringnemer immers niet naar een medische beoordeling van de klacht(en) of een beoordeling van het risico gevraagd. Bovendien heeft Consument zijn stelling niet aannemelijk gemaakt; in de gezondheidsverklaring heeft hij immers wel melding gemaakt van zijn schildklierklachten. Voor zover Consument de desbetreffende vragen vanwege zijn ASS minder goed of zelfs onjuist heeft ingeschat, komt dat risico niet voor rekening van Verzekeraar. Consument heeft de vragen zelf beantwoord. Niet is gebleken dat Verzekeraar op de hoogte was van de ASS van Consument. Nu Consument zich bij het invullen van deze vragen niet heeft laten bijstaan door een derde die hem ter zake de te beantwoorden vragen had kunnen adviseren, hetgeen gezien zijn ASS wel van hem had mogen worden verwacht, dient het risico van een onjuiste beantwoording voor zijn rekening en risico te komen. Het bovenstaande leidt tot het de conclusie dat Consument zijn precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen.

- 4.4 Consument stelt dat hij de gezondheidsverklaring op zodanige wijze heeft ingevuld dat dit bij Verzekeraar vragen had moeten oproepen. In dat geval was Verzekeraar met de klachten bekend geworden en had hij geconcludeerd dat de klachten niet relevant waren omdat deze geen medische oorzaak hadden. De Commissie begrijpt uit die stelling dat het risico van de schending van de mededelingsplicht, dat in beginsel voor rekening van Consument komt, onder de genoemde omstandigheden voor risico van Verzekeraar dient te komen. Naar het oordeel van de Commissie is geen sprake van risicoverschuiving. De onder 2.1 geciteerde gezondheidsverklaring van Consument maakt geen melding van andere dan schildklier gerelateerde klachten. Op basis van welke gegevens Verzekeraar dan een aanvullend onderzoek had moeten uitvoeren maakt Consument niet duidelijk. Verzekeraar heeft naar aanleiding van de informatie in de gezondheidsverklaring een clause voor schildklierklachten geplaatst. Hieruit volgt dat Verzekeraar actief heeft gehandeld naar aanleiding van de informatie die hij wel voorhanden had. Consument kan Verzekeraar dan niet verwijten dat hij nalatig met de informatie in de door Consument ingevulde gezondheidsverklaring is omgegaan.
- 4.5 Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of de aanvraag bij kennis van de ware stand van zaken door een redelijk handelend verzekeraar zonder clauses zou zijn geaccepteerd. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend. De Commissie acht daarbij voldoende aannemelijk dat een redelijk handelend verzekeraar, gezien de langdurige, ernstige- en frequente hoofdpijnen die Consument in het recente verleden heeft ervaren, een uitsluiting voor hoofdpijnklachten op de verzekering van toepassing zou hebben verklaard. Bovendien had een redelijk handelend verzekeraar voor de wisselende gewrichtsklachten voor Consument op wisselende locaties, wisselend van ernst, minimaal een clause voor het gehele bewegingsapparaat of alle gewrichten inclusief de nek geplaatst.

Dit betekent dat bij kennis van de ware stand van zaken de verzekeringsovereenkomst tot stand zou zijn gekomen met een clause voor hoofdpijn-, schildklier- en gewrichtsklachten. De stelling van Consument dat de hoofdpijn- en gewrichtsklachten voor aanvang van de Verzekering geen medische oorzaak hadden onderschrijft de Commissie niet. Het door partijen overgelegde medische dossier biedt daarvoor geen enkele grondslag.

- 4.6 Omdat bij kennis van de ware stand van zaken uitsluitingsclausules voor hoofdpijn- en schildklier- en gewrichtsklachten zouden zijn opgenomen en de huidige hoofdpijn- en gewrichtsklachten onder deze clausules vallen, is Verzekeraar geen uitkering voor die klachten verschuldigd. Zie artikel 7:930 lid 3 BW en Parlementaire Geschiedenis titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 37.
- 4.7 Vervolgens is de vraag aan de orde of Consument voor zijn overige klachten recht heeft op uitkering onder de Verzekering. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende. Artikel 20 sub c van de Voorwaarden bepaalt dat psychiatrische aandoeningen gedekt zijn voor zover die aandoening een psychiatrische stoornis, bipolaire stoornis, angst- en depressieve stoornis met een GAF-score van 50 of minder of een mengvorm van deze ziektebeelden is. Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat de curatieve sector bij herhaling heeft vastgesteld dat bij Consument sprake is van een GAF-score van meer dan 50 vanwege een matige depressie bij ASS. De stelling van Consument dat zijn werkelijke leefsituatie in een GAF-score van 50 resulteert wordt dan ook niet door enige medische beoordeling gedragen. Voor zover sprake is van arbeidsongeschiktheid vanwege ASS en de depressieve stoornis, zijn deze derhalve niet gedekt onder de Verzekering. Naar het oordeel van de Commissie heeft Verzekeraar Consument terecht geen uitkering verschafte in verband met de door hem ervaren darm- en blaasklachten en het tekort aan vitamine B-12. Consument stelt niet dat hij als gevolg van die darm- en blaasklachten en het tekort aan vitamine B-12 voor minimaal 35% arbeidsongeschikt moet worden geacht. De Commissie acht dit is op basis van het medische dossier ook niet aannemelijk.
- 4.8 De slotsom is dat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze Verzekering. 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.

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.