

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2025-0141

(mr. J.L.M. Luiten, voorzitter, mr. D. van der Linden, mr. drs. E.G. van der Jagt, leden en mr. H.G.M. Spitsbaard, secretaris)

Datum uitspraak	18 februari 2025
Klacht van	De consument
Tegen	Assurant Europe Insurance N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering (gedeeltelijk) toegewezen
Bijlage	Relevante bepaling uit de wetgeving

Samenvatting

Dekkingsgeschil. De consument heeft een woonlastenverzekering bij de verzekeraar. De verzekeraar verleent geen dekking omdat de consument bij uitdiensttreding hersteld is gemeld en werkloos was op het moment dat hij zich ziek heeft gemeld bij het UWV, waardoor hij niet voldeed aan het vereiste dat hij ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid voor ten minste 16 uur op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam was. De commissie oordeelt dat uit de verzekeringsvoorwaarden volgt dat het bij het bepalen van de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid gaat om de vaststelling van de eerste dag waarop de consument zich ziek heeft gemeld en onder behandeling van een arts heeft gesteld en het aantal uren dat hij vervolgens als gevolg van ziekte niet heeft gewerkt. De formele hersteld melding in het kader van de beëindiging van het dienstverband is daarbij niet doorslaggevend. De commissie draagt de verzekeraar op om de consument in de gelegenheid te stellen om de informatie van zijn ex-werkgever en de arbodienst aan te leveren en op basis daarvan te bepalen of de consument aanspraak heeft op uitkering onder de verzekering.

1. Procedure

- 1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- 1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een digitale hoorzitting op 20 november 2024. De consument nam zelf niet deel aan de hoorzitting, wel zijn vertegenwoordiger, de heer [naam 1], assurantieadviseur. Namens de verzekeraar namen deel: mevrouw mr. [naam 2], legal counsel en mevrouw [naam 3], klachtbehandelaar.
- 1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 De consument heeft bij de verzekeraar met ingang van 1 oktober 2009 een woonlasten-verzekering, hierna: de verzekering. Het verzekerd maandbedrag is € 500,-, de eigenrisico-periode is 365 dagen en de uitkeringsduur is maximaal 120 maanden per schade. Van toepassing zijn de 'Voorwaarden Allianz Verzekerd Woonlasten Plan (VWP 0606)' hierna: de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.2 Voor de beoordeling van de klacht van de consument zijn de navolgende bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden van belang:

"arbeidsongeschiktheid:

(...)

- *Verzekerde risico in geval van arbeidsongeschiktheid gedurende het tweede ziektejaar: van arbeidsongeschiktheid is sprake als verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om voor 35% of meer de voor hem/haar normale werktijd werkzaamheden te verrichten.*
- *Arbeidsongeschiktheid na het tweede ziektejaar:
Van arbeidsongeschiktheid is sprake als verzekerde door de daarmee belaste instantie in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, voor tenminste 35% arbeidsongeschikt wordt geacht.*

eerste dag van arbeidsongeschiktheid:

de dag waarop verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een medicus heeft gesteld.

(...)

"Nadere regeling met betrekking tot arbeidsongeschiktheid

Gedurende de eerste twee jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden door de administrateur worden vastgesteld aan de hand van de in te winnen informatie van de arbo-dienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen.

Gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid zal de mate van arbeidsongeschiktheid worden bepaald door het aantal uren dat verzekerde (al dan niet aangepaste) werkzaamheden (in het kader van re-integratie) verricht af te zetten tegen het aantal uren dat verzekerde vóór het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid normaal, dus exclusief overuren werkte. Werkzaamheden die op arbeidstherapeutische basis worden verricht blijven bij het bepalen van het arbeidsongeschiktheidspercentage buiten beschouwing.

Na het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid als zal de mate van arbeidsongeschiktheid en de periode waarvoor deze zal gelden worden vastgesteld aan de hand van de door de daarmee, in het kader van toepasselijke sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid belaste instantie afgegeven beschikking.”

(...)

Uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid

Er kan alleen aanspraak worden gemaakt op een uitkering in geval van arbeidsongeschiktheid indien de verzekerde ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig en voor tenminste 16 uur per week op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam was.

(...)

“Verplichtingen in geval van arbeidsongeschiktheid

Verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:

(...)

- alle door of namens de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te doen verstrekken, met inbegrip van de beschikking(en) welke door de daarmee belaste instantie(s) in het kader van de sociale zekerheidswetgeving met betrekking tot de mate en duur van de arbeidsongeschiktheid worden afgegeven of daarna ten grondslag liggende medische en arbeidsdeskundige rapportages,”*

2.3 De consument heeft een verklaring overgelegd van de advocaat die hem heeft bijgestaan in de advisering over de mogelijke beëindiging van zijn dienstverband. In deze verklaring staat onder meer dat de consument in september 2018 al arbeidsongeschikt was en volledig overspannen en dat in dat kader uiteindelijk gedurende zijn ziekte, afspraken zijn gemaakt over de beëindiging van het dienstverband per 1 september 2020, vastgelegd in een vaststellingsovereenkomst. Omdat de consument in het tweede jaar van zijn ziekte werd gekort op zijn salaris en om zijn rechten op een werkloosheidsuitkering veilig te stellen werd afgesproken dat de consument zich beter zou melden, hoewel hij volgens de advocaat feitelijk langdurig ziek is geweest en ziek is gebleven.

2.4 De consument heeft zich per 8 oktober 2020 ziek gemeld bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Op 5 oktober 2022 eindigde de wachttijd voor de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). De verzekeringsarts van het UWV heeft op 5 oktober 2022 de functionele mogelijkheden van de consument vastgesteld. Op 18 augustus 2023 heeft de consument gesproken met de arbeidsdeskundige van het UWV, die op 20 augustus 2023 heeft gerapporteerd dat het arbeidsongeschiktheidspercentage van de consument 100% is.

- 2.5 In zijn rapport heeft de arbeidsdeskundige van het UWV de door de verzekeringsarts vastgestelde belastbaarheidsgegevens van de consument vermeld:

“Zijn beperkingen zijn met name ten aanzien van aspecten van persoonlijk en sociaal functioneren in de vorm van specifieke voorwaarden in arbeid (zoals een voorspelbare werksituatie, geen deadlines/productiepieken, hanteren van emotionele problemen van anderen, omgaan met conflicten – alleen schriftelijk mogelijk). Daarnaast noodzakelijke aanpassingen in fysieke omgevingseisen als vermijden van dragen van beschermende middelen, contact met stof, rook, gassen en dampen. Het dynamisch handelen is energetisch sterk beperkt in de vorm van reiken, buigen, duwen en trekken, tillen of dragen, lopen, traplopen, klimmen. Statische houdingen zijn beperkt in de vorm van zitten, staan, gebogen en geknield actief zijn. [Naam consument] is belastbaar voor 10,00 uur per week, respectievelijk 2,0 uur per dag. De medische situatie zal naar verwachting niet verbeteren, de functionele mogelijkheden zullen op termijn afnemen.”

- 2.6 Per e-mail van 28 augustus 2023 heeft de tussenpersoon van de consument aan de verzekeraar gemeld dat de consument volledig arbeidsongeschikt is, onder verwijzing naar het arbeidsdeskundig rapport van het UWV van 20 augustus 2023. De verzekeraar heeft daarop aan de consument verzocht om een schadeaanvraagformulier in te vullen.
- 2.7 Op het schadeaanvraagformulier dat de verzekeraar op 26 september 2023 heeft ontvangen is onder meer het volgende ingevuld:

“1.a Had u ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid een arbeidsovereenkomst naar Nederlands burgerlijk recht of had u een aanstelling in Nederlandse openbare dienst?

*JA ik had een arbeidsovereenkomst voor 40 uur per week
(...)*

4. Graag per klacht aangeven
(...)

4.1 a. Wat zijn de klacht(en) ? COPD

*Sinds wanneer heeft u deze klachten? 3 jaar geleden geconstateerd
(...)*

c. Gedurende welke periode bent u door deze klacht arbeidsongeschikt?
Van 1-9-2020 tot heden

d. Op welke datum heeft u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?
*Huisarts op 11-11-'20
Specialist op 15-12-'20
(...)*

4.2 a. Wat zijn de klacht(en)? Copd chronisch
(...)

g. Heeft u toen uw beroepswerkzaamheden gestaakt? Nee

h. Wat was toen de behandeling? Ben vanuit werk in burn-out weggegaan
Bij welke arts/specialist was u in behandeling? GGZ → 5 jaar geleden

4.3 a. Wat zijn de klacht(en)? Later copd wat nu leidend is

(...)

c. Gedurende welke periode bent u door deze klachten arbeidsongeschikt?

van 1-9-2019 tot 1-9-2020

d. Op welke datum heeft u zich voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Huisarts op 1-9-2019

Specialist op nvt overspannen ggz

(...)

5. Wanneer verwacht u het werk geheel/gedeeltelijk te kunnen hervatten?

Nooit, ben 100% afgekeurd"

- 2.8 De verzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat de consument geen aanspraak heeft op uitkering onder de verzekering omdat hij bij het intreden van zijn arbeidsongeschiktheid niet voor ten minste 16 uur werkzaam was. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de verzekeraar zich gebaseerd op de vaststellingsovereenkomst tussen de consument en zijn werkgever waaruit blijkt dat hij bij uitdiensttreding op 1 september 2020 hersteld is gemeld en op de beschikking van het UWV waaruit blijkt dat de consument per 8 oktober 2020 arbeidsongeschikt is. In de daarop volgende correspondentie zijn partijen van mening blijven verschillen, waarna de consument zijn klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en vordering

- 2.9 De klacht van de consument is dat de verzekeraar er ten onrechte vanuit gaat dat hij niet meer in loondienst was ten tijde van het ontstaan van zijn arbeidsongeschiktheid. Hij is van mening dat hij arbeidsongeschikt is geworden toen hij nog in loondienst was. Hij is met zijn werkgever overeengekomen om zijn arbeidsovereenkomst te ontbinden en zich daarbij formeel beter te melden, maar feitelijk was daarvan geen sprake. Dit blijkt ook uit zijn loonstroken van 2019 en 2020 waarop het aantal dagen is vermeld waarop hij ziek was. Uit zijn loonstrook van augustus 2020 blijkt dat hij op dat moment in 2020 al 189 dagen niet had gewerkt. Hij heeft nooit meer kunnen werken en is nu volledig arbeidsongeschikt. De consument vordert uitkering onder de verzekering, vermeerderd met de wettelijke rente over € 6.000,- vanaf 14 december 2023.

Het verweer

- 2.10 De verzekeraar heeft het verweer gevoerd dat alle vorderingen van de consument die dateren van vóór 26 september 2020 door verjaring zijn komen te vervallen omdat het schadeaangifteformulier op 26 september 2023 werd ontvangen en de vorderingen op de verzekeraar tot het doen van een uitkering na drie jaar verjaren.
- 2.11 De verzekeraar baseert zijn standpunt dat er geen dekking is onder de verzekering op de betermelding per datum van uitdiensttreding op 1 september 2020.

Hij wijst er daarbij op dat uit de betaalspecificatie van het UWV blijkt dat de consument vanaf 2 september 2020 een Werkloosheidsuitkering (WW) heeft ontvangen en zich per 8 oktober 2020 heeft ziekgemeld. Het UWV ziet in het geval dat de werknemer vier weken of langer beter is geweest, het moment dat hij weer ziek is als een nieuwe ziekteperiode. Op de vragen 4.1 tot en met 4.3 op het schadeformulier heeft de consument op de vraag of hij eerder heeft geleden aan de klacht, twee van de drie keer 'nee' geantwoord en één keer aangegeven dat er van 1 september 2019 tot 1 september 2020 sprake was van arbeidsongeschiktheid. De datum 1 september 2020 komt overeen met de betermelding en de datum van inwerkingtreding van de vaststellingsovereenkomst. Op 8 oktober 2020, de datum van ziekmelding bij het UWV was de consument werkloos en voldeed hij niet aan het vereiste dat hij voor ten minste 16 uur per week werkzaam was. De arbeidsongeschiktheid van de consument valt daarom niet onder de dekking van de verzekering.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie ziet zich gesteld voor de vraag of de verzekeraar mocht uitgaan van 8 oktober 2020 als eerste ziekte datum. Voordat de commissie toekomt aan de beantwoording van die vraag zal zij eerst het verweer van de verzekeraar beoordelen dat de vorderingen van de consument die dateren van vóór 26 september 2020 zijn verjaard.

Verjaring

- 3.2 Artikel 7:942 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW) (zie bijlage) bepaalt dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. In het geval van een aanspraak op periodieke uitkering uit een arbeidsongeschiktheidsverzekering vormt elke afzonderlijke termijn een vorderingsrecht.¹ De verjaringstermijn daarvan vangt telkens aan op het moment van opeisbaarheid van die termijn. Artikel 7:942 lid 2 BW (zie bijlage) bepaalt dat de verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Hieruit volgt dat de termijnen die langer dan drie jaar voordat aanspraak op de verzekering is gemaakt opeisbaar zijn geworden, zijn verjaard. Vast staat dat de tussenpersoon van de consument per e-mail van 28 augustus 2023 voor het eerste een beroep heeft gedaan op de verzekering. Dit is daarom het moment dat de verjaring is gestuit en niet de door de verzekeraar aangehouden datum van ontvangst van het schadeaanvraagformulier op 26 september 2023. Het verjaringsverweer van de verzekeraar slaagt daarmee in zoverre dat de aanspraak van de consument op uitkering onder de verzekering is verjaard wat betreft de vóór 28 augustus 2020 opeisbaar geworden termijnen.

¹ Zie CvB Kifid 2018-043 en 2021-0001B, te vinden op www.kifid.nl.

Eerste datum arbeidsongeschiktheid

- 3.3 Voor de beantwoording van de vraag of de verzekeraar uit mag gaan van 8 oktober 2020 als eerste ziektedag, moet worden gekeken wat hierover in de verzekeringsvoorwaarden is overeengekomen. Volgens de verzekeringsvoorwaarden is de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, de dag waarop verzekerde zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling van een medicus heeft gesteld. Daarna geldt een eigen risicoperiode van 365 dagen. Gedurende het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid wordt de mate van arbeidsongeschiktheid bepaald door het aantal uren dat de consument werkzaamheden verricht afgezet tegen het aantal uren dat verzekerde voor het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid werkte. Dit wordt vastgesteld aan de hand van de in te winnen informatie van de arbodienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medische en/of andere deskundigen. Na het tweede ziektejaar wordt de mate van arbeidsongeschiktheid gebaseerd op de door het UWV afgegeven beschikking. Hieruit volgt dat het bij het bepalen of de consument arbeidsongeschikt is, de hersteld melding bij de werkgever niet doorslaggevend is. Er moet worden vastgesteld wat de eerste dag is waarop de consument zijn werkzaamheden heeft gestaakt (en zich onder behandeling heeft gesteld van een medicus) en hoeveel uren hij in de periode daarna heeft gewerkt op basis van informatie van de werkgever, de arbodienst of het reïntegratiebedrijf of onafhankelijke medisch of andere deskundigen. Het verweer van de verzekeraar dat er geen aanspraak op uitkering onder de verzekering is omdat de consument op 8 oktober 2020 niet voor ten minste 16 uur werkzaam was, kan op dit moment (nog) niet slagen. De verzekeraar moet eerst aan de hand van de door hem (via de consument) in te winnen informatie van de arbodienst, werkgever, reïntegratiebedrijf of door onafhankelijke medisch en/of andere deskundigen, beoordelen vanaf welk moment en in welke mate de consument arbeidsongeschikt is in de zin van de verzekering.
- 3.4 De consument stelt dat hij vanaf september 2018 arbeidsongeschikt was. Op het door de consument ingevulde schadeaangifteformulier is vermeld dat hij zich voor COPD klachten voor het eerste op 11 november 2020 onder behandeling heeft gesteld. De ziekmelding bij het UWV lag daarvoor, namelijk op 8 oktober 2020. Op het schadeaangifteformulier heeft de consument ook vermeld dat hij op 1 september 2019 bij de huisarts is geweest in verband met klachten die – zo begrijpt de commissie – verband hielden met een burn-out waarvoor hij onder behandeling is geweest bij de GGZ en waardoor hij vanaf 1 september 2019 tot 1 september 2020 arbeidsongeschikt is geweest.

Conclusie

- 3.5 Uit het voorgaande volgt dat de verzekeraar de aanspraak op uitkering onder de verzekering niet mocht weigeren enkel op basis van de formele hersteld melding bij de werkgever en de daarop volgende ziekmelding bij het UWV op 8 oktober 2023.

De verzekeraar had op basis van de door de consument op zijn schadeaangifteformulier verstrekte gegevens, eerst bij de consument de informatie moeten opvragen van de arbodienst, de werkgever, of het reïntegratiebedrijf over de periode vanaf september 2018 tot de datum van de beschikking van het UWV waarin de mate van arbeidsongeschiktheid op grond van de WIA is bepaald.

- 3.6 Op de consument rust de bewijslast dat hij voldoet aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde eisen om in aanmerking te komen voor een uitkering onder de verzekering, namelijk (1) op welke dag hij zijn werkzaamheden heeft gestaakt en zich onder behandeling heeft gesteld van een medicus en (2) dat hij rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval niet in staat is om (vanaf het tweede ziektejaar) voor 35% of meer van de voor hem normale werktijd werkzaamheden te verrichten en (3) dat hij ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid in Nederland woonachtig en voor tenminste 16 uur op basis van een arbeidsovereenkomst of aanstelling in Nederland werkzaam was. Hij moet daarom in de gelegenheid worden gesteld om de hiervoor benodigde gegevens aan te leveren.
- 3.7 Gelet op het voorgaande zal de commissie de verzekeraar opdragen om de consument in de gelegenheid te stellen om informatie van zijn werkgever en de arbodienst aan de verzekeraar te verstrekken waaruit blijkt dat hij vanaf september 2018 zijn werkzaamheden heeft gestaakt en sindsdien niet meer heeft gewerkt, deze informatie te beoordelen, zonodig aanvullende stukken op te vragen en de consument te informeren of en zo ja, vanaf welke datum hij aanspraak maakt op uitkering onder de verzekering. Wanneer de consument zich niet kan vinden in het nieuwe standpunt van de verzekeraar en zijn klacht in de interne klachtprocedure van de verzekeraar niet wordt opgelost kan hij een nieuwe klacht indienen bij Kifid.

4. De beslissing

De commissie draagt de verzekeraar op om (1) de consument in de gelegenheid te stellen om de informatie van zijn werkgever en van de arbodienst te verstrekken en (2) op basis daarvan te bepalen of uit het dossier voldoende blijkt dat de consument aanspraak heeft op uitkering vanaf 28 augustus 2020.

In het geval de verzekeraar tot het oordeel komt dat hij ook na de aanvullende stukken over onvoldoende informatie beschikt, om uitkeringen te verstrekken (bijvoorbeeld over de onder 3.6 genoemde punten), dient hij de nog ontbrekende informatie bij de consument op te vragen en bij zijn uiteindelijke standpuntbepaling te betrekken.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepaling uit de wetgeving

Burgerlijk Wetboek

Boek 7 Bijzondere overeenkomsten

Titel 17. Verzekering

Artikel 942

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.
3. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.