Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-1133

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter en mr. J.E.M. Sünnen, secretaris)

Datum uitspraak	27 december 2024
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Fundpensioen afgesloten in 1999. Er staan geen oneerlijke bedingen in de toepasselijke voorwaarden. De schadevergoedingsvorderingen die erop zijn gebaseerd dat de verzekeraar meer kosten heeft ingehouden dan bij aanvang van de verzekering is overeengekomen zijn verjaard, net zoals de vordering die erop is gebaseerd dat de kosten in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid. Voor het verrekenen van kosten bij premieverlaging en premievrijmaking bestond wilsovereenstemming en niet is komen vast te staan dat de verzekeraar garantiekosten en in rekening heeft gebracht of heeft gehandeld in strijd met een op hem rustende zorgplicht.

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 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims) professioneel gemachtigde.

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 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 had na advisering en bemiddeling door een tussenpersoon met ingang van 1 januari 1999 een beleggingsverzekering bij de verzekeraar, met de naam FundPensioen. De premie bedroeg NLG 800,- (€ 363,02) per maand. De consument heeft een eerste premie ingelegd van NLG 15.000,- (€ 6.806,70). De verzekering kende bij aanvang een garantie op einddatum van € 172.519,52. De verzekering is een lijfrenteverzekering.

2.2 Voorafgaand aan of bij afsluiten van de verzekering zijn volgens opgave van de verzekeraar in ieder geval de volgende documenten aan de consument verstrekt:

- een polisblad, afgegeven op 20 januari 1999; en
- de algemene voorwaarden van verzekering nr. 17.

2.3 Op het polisblad staat over de in te houden kosten het volgende:

"(...) De verzekeringnemer neemt deel in AEGON FundPensioen. Deelname houdt in dat de verzekeringnemer iedere spaarpremie van de verzekering belegt in één of meer fondsen behorende bij AEGON FundPensioen.
Bij deelname geldt, al dan niet in afwijking van de Algemene voorwaarden verzekering, het volgende:
1. Op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen.
2. Na inhouding van een aan- en verkoopmarge wordt op iedere premievervaldag de spaarpremie in de fondsen gestort. (...)"

2.4 In artikel 7 van de voorwaarden staat:

"7. Premievrijmaking
De verzekeringnemer kan de verzekering zonder verder premiebetaling voortzetten, indien de verzekering premievrije waarde heeft. De verzekering wordt dan voortgezet voor een verminderd en gelijkblijvend bedrag. Voor de vaststelling van de premievrije waarde wordt uitgegaan van de wiskundige reserve waarbij rekening wordt gehouden met de eerste kosten.
Hetgeen uit hoofde van onbetaald gebleven premies en/of belening verschuldigd is, zal worden verrekend."

2.5 Vanaf de ingangsdatum van de verzekering tot aan 1 mei 2005 heeft de consument een aantal keren de premie verlaagd.

2.6 In maart 2006 heeft de verzekeraar de consument de 'Wegwijzer AEGON Beleggings-verzekeringen' gestuurd en tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument waardeoverzichten ontvangen, vanaf 2008 conform het Model De Ruiter.

2.7 Met ingang van 1 januari 2009 is de verzekering premievrij gemaakt. De verzekeraar heeft op 7 januari 2009 een nieuw polisblad en onder andere een bijlage 'Informatie over AEGON FundPensioen' aan de consument gestuurd. Daarop heeft de verzekeraar vermeld dat ter gelegenheid van de premievrijmaking een bedrag van € 579,50 aan eerste kosten van de verzekeraar met de waarde van de verzekering is verrekend en een bedrag van € 1.738,50 aan eerste kosten van de verzekeringsadviseur/bemiddelaar.

2.8 In december 2012 heeft de verzekeraar de consument bericht dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar niet in aanmerking komt voor een tegemoetkoming voor te hoge kosten.

2.9 Op 1 januari 2024 is de verzekering tot uitkering gekomen en is een bedrag van € 56.948,- beschikbaar gekomen.

2.10 Op 31 mei 2024 heeft de consument een klacht over de verzekering ingediend bij de verzekeraar. Partijen zijn niet tot een oplossing gekomen.

De klacht en vordering

2.11 De consument klaagt dat sprake is van meerdere oneerlijke bedingen. Dit zijn de bedingen die betrekking hebben de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten. De verzekeraar heeft geen informatie gegeven over (de werking van) de eerste kosten. Dit is niet transparant, in het nadeel van de consument en in strijd met de goede trouw. De ingehouden kosten zijn extreem hoog en deze zijn gedurende de gehele looptijd van de verzekering ingehouden, wat een negatieve invloed heeft op het rendement. Ook bij premieverlagingen en premievrijmaking heeft de verzekeraar hoge kosten in rekening gebracht. Het beding over premievrijmaking staat bovendien onder e) van de blauwe lijst van de richtlijn oneerlijke bedingen. De consument kon of wilde geen hoge premies meer inleggen en als gevolg daarvan heeft de verzekeraar een onevenredig hoge schadevergoeding opgelegd. De kostenbedingen en het premievrijmakingsbeding had de consument bij vrije onderhandelingen niet geaccepteerd. Deze zijn in strijd met de goede trouw en zonder meer verrassingsbedingen. De kosten zijn verder in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Aan de hand van een aantal voorbeelden betoogt de consument dat weinig andere verzekeringen vergelijkbare hoge kosteninhouding kennen.

2.12 De consument stelt dat hij ervan uitging dat met de beheerkosten de beheerkosten van de onderliggende fondsen werd bedoeld maar niet de beheerkosten van de verzekeraar. Hij beroept zich op de contra proferentem-regel. Hij stelt ook dat er dubbel beheerd werd over de waarde van de verzekering, door de vermogensbeheerders die fondsbeheerkosten in rekening brachten en door de verzekeraar die beheerkosten in rekening bracht. Ook ten aanzien van de eerste kosten, doorlopende kosten, afkoopkosten en kosten premievrij maken beroept de consument zich op de contra proferentem-regel.

Deze zijn zo onduidelijk vermeld, dat de consument er geen rekening mee hoefde te houden dat de verzekeraar extreem hoge kosten in rekening zou brengen.

2.13 De verzekeraar heeft mogelijk garantiekosten in rekening gebracht zonder deze te noemen. Deze kosten zijn in strijd met de redelijkheid en billijkheid.

2.14 Door kosten te onttrekken aan de waarde van de verzekering die de verzekeraar beheerde, is sprake van verduistering. Ook is sprake van bedrog, omdat de verzekeraar kosten in rekening heeft gebracht zonder deze te noemen en er is sprake van zelfverrijking, omdat de verzekeraar door de enorme kosteninhoudingen is verrijkt terwijl de consument is verarmd. Dat bij premieverlaging, premievrijmaking en afkoop extreem hoge kosten in rekening konden worden gebracht, maakt de verzekering een gebrekkig product. De verzekeraar heeft zich schuldig gemaakt aan ongerechtvaardigde verrijking. De kosten die de verzekeraar bij de premieverlaging in rekening heeft gebracht, zijn onverschuldigd betaald en deze moet de verzekeraar aan de consument retourneren. De consument beroept zich ten slotte op dwaling, maar de verzekering hoeft niet vernietigd te worden.

2.15 De consument wil dat de verzekeraar een opgave verstrekt voor de kosteninhouding en de grondslag daarvoor, bij gebreke waarvan de vordering zonder meer moet worden toegewezen. Het overzicht is volgens de consument nodig om vast te stellen of sprake is van oneerlijke bedingen. Ook wil de consument dat de verzekeraar een kopie van het aanvraagformulier en de bijbehorende offerte overlegt.

2.16 De verzekeraar heeft de op hem rustende zorgplicht geschonden door het product niet om te zetten naar een goedkoper product, zoals bijvoorbeeld de levensloopverzekering. Ook heeft de verzekeraar de doorlopende zorgplicht geschonden door niet te waarschuwen dat hoge kosten in rekening werden gebracht bij premieverlaging en premievrijmaking en door deze kosten in rekening te brengen. Daar tegenover stond slechts een zeer kleine tegenprestatie, die deze kosteninhouding niet rechtvaardigt. De verzekeraar heeft bij afsluiten van de verzekering niet vermeld dat deze kosten zouden worden ingehouden.

2.17 De verzekeraar moet een herberekening maken van de expiratiewaarde van de verzekering, waarbij de oneerlijke bedingen buiten toepassing blijven. Het over de inhoudingen misgelopen rendement moet de verzekeraar daarbij vergoeden, vanaf het moment van inhouding. Of de verzekeraar moet wettelijke rente daarover vergoeden vanaf het moment van inhouding. De hoogste uitkomst vormt de primaire vordering. De verzekeraar moet verder de ingehouden garantiekosten vergoeden. De vordering op grond van verduistering schat de consument op € 6.000,-. Vanwege de schending van de doorlopende bijzondere (na)zorgplicht moet de verzekeraar alle ingehouden kosten terugbetalen. Omdat de kosten in strijd zijn met de redelijkheid en billijkheid moet de verzekeraar alle ingehouden kosten, behalve redelijke aan- en verkoopkosten van 0,5% vergoeden, vermeerderd met het misgelopen rendement of de wettelijke rente vanaf het moment van inhouding, dan wel een bedrag dat de Geschillencommissie redelijk vindt.

Omdat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking en omdat sprake is van een gebrekkig product moet de verzekeraar alle ingehouden kosten met uitzondering van redelijke aan- en verkoopkosten van 0,5% aan de consument vergoeden. De consument vordert ten slotte vergoeding van kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid van € 3.000,-.

Het verweer

2.18 De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Oneerlijke bedingen

3.1 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is een beding oneerlijk als het in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).

3.2 Daarbij is van belang of een beding transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn. Maar ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is, is het daarmee nog niet oneerlijk of onredelijk bezwarend. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort.

3.3 In een bijlage bij de richtlijn is een indicatieve lijst opgenomen van bedingen die als oneerlijk kunnen worden aangemerkt. Deze lijst wordt ook wel de ‘blauwe lijst’ genoemd.

3.4 De consument stelt dat ten aanzien van de verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat als gevolg daarvan geen van de ingehouden eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de verzekering, waarvan de toepasselijke voorwaarden en het polisblad deel uitmaken, oneerlijke bedingen heeft opgenomen. Daarbij stelt de commissie voorop dat alleen een beding dat daadwerkelijk in de verzekering is opgenomen, oneerlijk kan zijn. Met andere woorden, het moet bestaan.

3.5 De in rekening gebrachte eerste kosten zijn niet terug te voeren op een beding in de voorwaarden. Op deze kosten is de oneerlijkheidstoets dan ook niet van toepassing. Dit geldt ook voor een deel van de in rekening gebrachte doorlopende kosten.
Een beroep op de richtlijn oneerlijke bedingen kan niet opgaan ten aanzien van kosten waarvoor geen beding in de verzekering is opgenomen. Voor zover de consument ten aanzien van deze kosten een beroep doet op de contra proferentem-regel, geldt hetzelfde. Er staat geen beding in de overeenkomst waarop deze regel van toepassing zou kunnen zijn.

3.6 De beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten staan op het polisblad. Dit zijn bedingen waarop de oneerlijkheidstoets van toepassing is. De commissie ziet geen aanleiding te oordelen dat deze bedingen in strijd met de goede trouw en daarmee oneerlijk zijn. Weliswaar vermelden de bedingen niet de hoogte van de kosten, wat niet transparant is, maar het is niet aannemelijk dat de consument de bedingen niet had aanvaard als hij hierover met de verzekeraar had kunnen onderhandelen. Van belang is daarbij dat niet is komen vast te staan dat tegenover de beheerkosten geen reële prestatie van de verzekeraar stond. Ook moet het gebruik van een "spread" bij aan- en verkoop van beleggingsfondsen op zichzelf gebruikelijk en als algemeen bekend moet worden verondersteld.[1]

3.7 De consument betoogt ten slotte dat het beding dat betrekking heeft op premievrijmaking oneerlijk is. Hij stelt dat het beding op de blauwe lijst bij de richtlijn staat, onder e). Het zou een beding zijn dat ten doel of gevolg heeft *"de consument die zijn verbintenissen niet nakomt, een onevenredig hoge schadevergoeding op te leggen."* Deze bepaling uit de blauwe lijst is echter niet van toepassing. Alleen al omdat premievrijmaken niet kan worden gelijkgesteld aan het niet nakomen van verbintenissen. De consument heeft als verzekeringnemer immers het recht de verzekering premievrij te laten maken. Dit recht maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Oefent de consument dat recht uit dan is dat geen niet nakoming van een verbintenis ofwel een verplichting door de consument. De commissie ziet ook geen andere reden op grond waarvan het beding oneerlijk geacht moet worden. De commissie verwijst in dit verband naar het arrest van het Hof Den Haag van 26 september 2023, waarin het hof heeft geoordeeld dat dit beding niet in strijd is met de goede trouw.[2]

3.8 De consument voert in dit verband aan dat geen sprake is van redelijke kosten. Hij vergelijkt de kosten daarbij met kosten van andere verzekeringen, waarbij volgens de consument minder kosten in rekening zijn gebracht. De commissie is echter van oordeel dat ook als zou komen vast te staan dat de kosten van de onderhavige verzekering hoger zijn dan de kosten die voor andere beleggingsverzekeringen in rekening zijn gebracht, wat de commissie op basis van het dossier niet kan vaststellen, deze enkele omstandigheid nog niet maakt dat een beding oneerlijk is.[3]

[1] Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7 en 5.8.2
[2] Gerechtshof Den Haag 26 september 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:1852, r.o. 6.114
[3] Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7

Contra proferentem-regel

3.9 De consument beroept zich ten aanzien van de in de voorwaarden opgenomen kostenbedingen op de contra proferentem-regel. Deze regel, die is neergelegd in artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW), houdt in dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling de voor de consument meest gunstige uitleg voorgaat. Dat in de kostenbedingen op het polisblad en in de bedingen die van toepassing zijn op afkoop en premievrijmaking de hoogte van de kosten niet genoemd wordt, maakt de betekenis van deze bedingen niet onduidelijk. Die betekenis is dát er kosten in rekening gebracht worden. Er kan dan ook geen twijfel over bestaan dat de uitleg die de consument aan de bedingen geeft – namelijk dat er in het geheel geen kosten in rekening gebracht worden – niet juist is. Het beroep van de consument op de contra proferentem-regel faalt daarom.

3.10 Verder stelt de consument dat hij dacht dat met de op het polisblad genoemde beheerkosten de beheerkosten (TER) van de onderliggende fondsen bedoeld werden en niet de beheerkosten van de verzekeraar. Op het polisblad staat dat op de opbrengst van de fondsen een "*geringe inhouding zal plaatsvinden in verband met de kosten van beheer van de fondsen*". Naar het oordeel van de commissie gaat de uitleg die de consument aan deze bepaling wil geven – dat sprake is van de beheerkosten die het fonds in rekening brengt – niet op. Die kosten, fondsbeheerkosten (of TER) zijn kosten die niet de verzekeraar maar de fondsbeheerder in rekening brengt en deze worden verwerkt in de koers van het fonds. Zij komen direct in mindering op het fondsrendement. Omdat dit beding is opgenomen op het polisblad is duidelijk dat dit de door de verzekeraar in rekening gebrachte beheerkosten zijn. In zoverre is van twijfel over de betekenis van dit beding geen sprake. Ook ten aanzien van dit beding gaat het beroep van de consument op de contra proferentem-regel niet op.

Garantiekosten

3.11 De consument stelt dat de verzekeraar zeer waarschijnlijk garantiekosten in rekening heeft gebracht, ter hoogte van (waarschijnlijk) 0,65% per jaar van de belegde waarde. De verzekeraar betwist dit gemotiveerd. De consument heeft in reactie op deze gemotiveerde betwisting geen bewijs aangedragen dat de verzekeraar garantiekosten in rekening heeft gebracht. Dit is dan ook niet komen vast te staan. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Verjaring schadevergoedingsvorderingen

3.12 Voor enige schadevergoeding die de consument vordert doet de verzekeraar een beroep op verjaring. De verzekeraar voert aan dat de vordering van de consument is gebaseerd op meerdere stellingen, onder meer dat de verzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld door meer kosten in te houden dan is overeengekomen. De daarop gebaseerde rechtsvordering tot schadevergoeding is volgens de verzekeraar verjaard omdat de consument pas voor het eerst een klacht heeft ingediend over de verzekering op 30 mei 2024 en dat dit meer dan twintig jaar na de ingangsdatum van de overeenkomst is.

3.13 De commissie volgt dit verweer. Artikel 3:310 lid 1 BW bepaalt dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt. Iedere schadevergoedingsvordering die erop is gebaseerd dat de verzekeraar meer kosten heeft ingehouden dan – bij aanvang van de verzekering – is overeengekomen, is verjaard. Het gaat om de schadevergoedingsvorderingen die gebaseerd zijn op de stelling dat sprake is van verduistering, dat sprake is van zelfverrijking, dat sprake is van een gebrekkig product en dat sprake is van ongerechtvaardigde verrijking. Voor zover de consument schadevergoeding vordert op de grondslag dat sprake zou zijn van kosten die in strijd zijn met de redelijk en billijkheid, is deze vordering ook verjaard.

Dwaling en bedrog

3.14 De consument stelt dat sprake is van dwaling en dat sprake is van bedrog. Hij stelt echter ook dat de verzekering niet vernietigd hoeft te worden. Omdat zowel een vordering op grond van dwaling als een vordering op grond van bedrog tot vernietigbaarheid van de overeenkomst strekken, maar de consument heeft verklaard geen vernietiging te willen, zal de commissie beide vorderingen niet verder behandelen.

Premieverlaging en premievrijmaking

3.15 Tussen 1 januari 1999 en 1 mei 2005 heeft de consument een aantal keren de premie verlaagd. Per 1 januari 2009 is de verzekering premievrij gemaakt. De verzekeraar heeft verklaard dat in 2002 in verband met de premieverlaging € 2.132,67 aan eerste kosten is verrekend met de belegde waarde. Bij premievrijmaking van de verzekering is een bedrag van € 2.318,- aan kosten verrekend. De consument heeft op verschillende gronden bezwaar gemaakt tegen deze inhoudingen.

3.16 Partijen zijn het erover eens dat artikel 7 van de voorwaarden de grondslag vormt voor het inhouden van nog niet verrekende eerste kosten bij premieverlaging en premievrijmaking. De commissie zal hier dan ook van uitgaan. Dit betekent dat over de inhoudingen bij premieverlagingen wilsovereenstemming bestaat. Van verduistering, ongerechtvaardigde verrijking, onverschuldigde betaling of zelfverrijking, zoals de consument betoogt, is daarom ook geen sprake. Hierboven heeft de commissie ten slotte al geoordeeld dat artikel 7 van de voorwaarden geen oneerlijk beding is.

Zorgplicht verzekeraar

3.17 Volgens de consument heeft de verzekeraar de doorlopende (bijzondere) zorgplicht geschonden, door niet voor de belangen van de consument te waken. De verzekeraar heeft volgens de consument ten onrechte niet gewaarschuwd voor de gevolgen van de premieverlaging en de premievrijmaking . De consument bedoelt daarmee de (hoge) kostenverrekening die met de premieverlaging en de premievrijmaking gepaard ging. Ook stelt de consument dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door de consument niet te wijzen op een goedkoper product.

3.18 De op een verzekeraar rustende zorgplicht reikt niet zo ver dat hij zijn klanten op goedkopere producten in de markt of in zijn eigen productaanbod moet wijzen.[4] Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond. Verder constateert de commissie dat de consument er geen gevolgen aan verbindt dat de verzekeraar hem er niet op zou hebben gewezen dat kosten zouden worden verrekend bij premieverlaging en premievrijmaking. Hij heeft immers niet gesteld dat hij niet tot premieverlaging of premievrijmaking zou zijn overgegaan. Op basis van het dossier acht de commissie dit ook niet aannemelijk. Zo heeft de consument niet geprotesteerd naar aanleiding van de brief van 7 januari 2009 (zie nummer 2.9).

Verstrekken documenten en kostenoverzicht

3.19 De consument vordert dat de verzekeraar het aanvraagformulier en de offerte van de verzekering en een overzicht van de ingehouden kosten verstrekt. De verzekeraar heeft een summier kostenoverzicht verstrekt en verklaard niet meer over de offerte of het aanvraagformulier te beschikken. Naar het oordeel van de commissie is dit aannemelijk. Aan dit deel van de vordering is de verzekeraar dan ook tegemoet gekomen, zodat er geen noodzaak is dat de commissie nader op deze vordering ingaat.[5]

Conclusie

3.20 De klacht van de consument is ongegrond en de commissie zal overgaan tot afwijzen van de vordering.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

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 april 2024, 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 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

[4] Vergelijk GC 2017-127, onder 4.6
[5] Vergelijk CvB Kifid 2021-0029, onder 6.17 en CvB Kifid 2021-0030, onder 6.6.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl