

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-418  
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, drs. J.H. Paulusma-der Waal  
RGA, leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 14 juni 2017  
Ingediend door : Consument  
Tegen : Movir N.V., gevestigd te Nieuwegein, verder te noemen Verzekeraar  
Datum uitspraak : 12 juli 2018  
Aard uitspraak : Bindend advies

## **Samenvatting**

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering aangevraagd. Na het invullen van de gezondheidsverklaring maar vóór het ingaan van de verzekering kreeg zij last van oorsuizen waarvoor zij de huisarts bezocht. Consument heeft van deze verandering in haar gezondheidssituatie geen melding gemaakt. De Commissie heeft geoordeeld dat de beperkende bepaling die Verzekeraar na ontdekking van dit feit op de polis heeft geplaatst, gerechtvaardigd is. Vordering afgewezen.

## **I. Procesverloop**

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

- het namens Consument ingediende klachtformulier;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de namens Consument ingezonden repliek;
- de dupliek van Verzekeraar;
- de ter zitting namens Consument overgelegde pleitaantekeningen;
- de ter zitting namens Verzekeraar overgelegde pleitaantekeningen.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 11 april 2018 en zijn aldaar verschenen.

## **2. Feiten**

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1. Consument, geboren op [datum] 1976, van beroep huisarts, heeft bij Verzekeraar met ingang van 1 september 2007 een arbeidsongeschiktheidsverzekering 'Langlopend vrije praktijk' afgesloten. Daaraan voorafgaand heeft zij op 20 augustus 2007 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend. Na beoordeling adviseerde de medisch adviseur van Verzekeraar dat geen sprake was van een verhoogd risico, waarna op 13 september 2007 de polis is verstuurd. Eigen risicotermijn: 30 dagen. Verzekerd dagbedrag: € 70,-. Eindleeftijd: 65 jaar.

2.2. Op 25 september 2013 heeft Consument wederom een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend, dit in het kader van een aanvraag voor een verhoging van het verzekerd dagbedrag van € 70,- naar € 220,- op de lopende verzekering, alsmede van een aanvraag voor een nieuwe verzekering 'Waarneming 1<sup>e</sup> jaar vrije praktijk'. In deze gezondheidsverklaring wordt onder het kopje "3. Uw gezondheid" het volgende gevraagd:

*"Hebt u een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken? Of hebt u deze gehad? Kruis dan het hokje voor de letter aan.*

*Let op!*

*Kruis ook een hokje aan als u:*

*. bij een huisarts, hulpverlener of arts bent geweest. Of als u deze hebt gebeld;*

*(...)"*

Consument heeft geen van de hokjes aangekruist. Wel heeft zij onder "4. Uw werk" melding gemaakt van drie maanden arbeidsongeschiktheid in januari 2010 wegens intra uterine vruchtdood. Verder zijn door Consument geen bijzonderheden gemeld.

2.3. Op het voorblad van de gezondheidsverklaring staat het volgende vermeld:

*"Als uw gezondheid verandert.*

*Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nadat u de verklaring hebt ingevuld? Maar vóórdat de verzekering ingaat? Geef dit dan direct door aan Movir."*

2.4. Na beoordeling adviseerde de medisch adviseur van Verzekeraar ook dit maal dat geen sprake was van een verhoogd risico, waarna per 22 oktober 2013 de verzekering 'Langlopend vrije praktijk' is gewijzigd en de verzekering 'Waarneming 1<sup>e</sup> jaar vrije praktijk' is ingegaan. De polisbladen zijn op 11 november 2013 verstuurd. De verzekering 'Waarneming 1<sup>e</sup> jaar vrije praktijk' kent ook een eigen risicotermijn van 30 dagen. Verzekerd dagbedrag: € 60,-. Eindleeftijd: 67 jaar.

2.5. Consument heeft zich op 11 november 2013 telefonisch arbeidsongeschikt gemeld wegens oorsuizen. Op 3 december 2013 heeft zij een meldingsformulier ingevuld en ondertekend.

Op de vraag: “Welke belemmeringen ervaart u in werk en privé?” antwoordde zij: “oververmoeidheid, concentratieproblemen, angst/paniek, tinnitus.” De vraag: “Bent u onder behandeling van een arts of specialist?” beantwoordde zij bevestigend. Zij schreef dat zij met ingang van 18 oktober 2013 onder behandeling was bij de tandarts vanwege de diagnose “tinnitus obv hypertonie spieren voor het oor.”

- 2.6. Naar aanleiding van de arbeidsongeschiktheidsmelding heeft Verzekeraar een oriënterend arbeidsdeskundig onderzoek in gang gezet. In zijn rapportage van 3 december 2013 schreef de arbeidsdeskundige onder meer dat Consument vertelde dat zij omstreeks eind september last kreeg van oorsuizen (linkeroor) en dat zij de huisarts bezocht. Op verwijzing van de huisarts heeft zij op 17 oktober 2013 de KNO-arts bezocht. Uit dit onderzoek zijn geen bijzonderheden gebleken. Via een collega-huisarts werd vervolgens geadviseerd contact te leggen met een kaakspecialist/gnatoloog, die een beetje adviseerde. In aansluiting hierop is ook fysiotherapie gestart. Via de gnatoloog is Consument doorverwezen naar een psycholoog die de begeleiding op 14 november 2013 is gestart. Verder heeft Consument sinds een eerdere periode van arbeidsongeschiktheid in 2010 contacten met een haptotherapeut (1 x per maand). Ook schreef de arbeidsdeskundige onder meer dat Consument aangaf dat zij na het ontstaan van de gehoorklachten haar werk niet heeft neergelegd maar dat zij bemerkte dat het functioneren moeizamer werd. In de loop van november zijn ook andere klachten ontstaan in de vorm van spanningen, concentratieverlies, geprikkeldheid, slechter slapen en oververmoeidheid. Vanaf 5 november 2013 heeft Consument op beperkte schaal aanpassingen gedaan ter reductie van haar arbeidsinspanning en vanaf 17 november 2013 heeft zij het werk volledig neergelegd.
- 2.7. Bij brief van 18 december 2013 heeft Verzekeraar Consument geschreven dat hem uit het arbeidsdeskundig rapport was gebleken dat sprake is van spanningsklachten en oorsuizen die al langere tijd bestaan en kondigde hij een onderzoek aan naar mogelijke niet-nakoming van de mededelingsplicht. In het kader van dit onderzoek heeft hij medische informatie opgevraagd en Consument een vragenlijst laten invullen. In deze vragenlijst van 19 december 2013 schreef Consument dat zij op 29 september 2013 per acuut last kreeg van oorsuizen, een aanhoudende pieptoon in het linkeroor, en dat zij nooit eerder tinnitus heeft gehad. Als reden voor de consultatie van de haptotherapeut eens per maand gaf zij op: “ter coaching om goede balans tussen werk en privé te houden.” In de begeleidende brief bij de vragenlijst schreef zij voorts dat het oorsuizen per acuut begonnen is op 29 september 2013 en dat de spanningsklachten pas begin november 2013 zijn ontstaan, dat zij de therapeut niet heeft bezocht vanwege psychische klachten maar voor coaching in de balans tussen werk en privé, en dat zij erg geschrokken is van de toon van de brief van 18 december 2018, waardoor zij het gevoel heeft dat Verzekeraar haar ziet als profiteur.

2.8. Bij brief van 5 februari 2014 heeft Verzekeraar Consument geschreven dat hem uit de beschikbaar gekomen informatie van de arbeidsdeskundige, de KNO-arts, de haptotherapeut, huisarts en gnatoloog, gebleken was dat Consument tijdens de acceptatieprocedure acute oorklachten heeft gekregen en hiervoor diverse consulten heeft gehad. Daarnaast werd zij behandeld door een haptotherapeut. Deze klachten, consulten en behandeling had zij moeten melden. Als hij hiervan had geweten, zo schreef Verzekeraar, dan had hij de aanvragen uitgesteld en uiteindelijk geaccepteerd met een restrictie.

Met een beroep op artikel 7:928 e.v. Burgerlijk Wetboek (BW) heeft hij op beide verzekeringen per 22 oktober 2013 de volgende restrictie van toepassing verklaard:

*“Nader wordt bepaald dat van de verzekering is uitgesloten arbeidsongeschiktheid ten gevolge van surmenage\* (waaronder burn-out), aanpassingsstoornis, angststoornis, stemmingsstoornis, somatoforme stoornis en/of lichamelijke klachten waarvoor bij regulier medisch onderzoek geen lichamelijke oorzaak kan worden gevonden die de klachten verklaart. Herbeoordeling van deze restrictie is op verzoek van verzekerde mogelijk na vijf jaar na het einde van de klachten.*

*\* = overspannenheid”*

2.9. Namens Consument is bezwaar tegen het besluit van Verzekeraar aangetekend, in eerste instantie door haar rechtsbijstandsverzekeraar, daarna door haar advocaat. De gevoerde correspondentie heeft niet tot een herziening van het standpunt van Verzekeraar geleid.

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

#### *Vordering Consument*

3.1. Consument vordert primair verwijdering van de op de verzekeringen van toepassing verklaarde restrictie, secundair, mocht de Commissie oordelen dat enige restrictie gerechtvaardigd zou zijn, dat de huidige restrictie wordt vervangen door een restrictie die minder ingrijpend is en meer recht doet aan de situatie.

#### *Grondslagen en argumenten daarvoor*

3.2. Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag.

- Consument heeft niet de bedoeling gehad om Verzekeraar tijdens de acceptatieprocedure onvolledig te informeren. Zij is ervan overtuigd dat zij altijd openhartig is geweest en steeds te goeder trouw. De discussie over de vraag of Consument haar tinnitusklachten al dan niet had moeten melden, wil Consument overigens verder laten rusten.
- Consument verzet zich wel tegen de kwalificatie van de tinnitusklachten. Anders dan Verzekeraar stelt, hadden deze klachten een lichamelijke oorzaak. De huisarts heeft Consument naar de KNO-arts en naar de gnatoloog verwezen die tot de conclusie is gekomen dat aan de tinnitus een temporomandibulaire dysfunctie (TMD) ten grondslag ligt.

Dat dit een lichamelijke oorzaak is, blijkt uit het ingezette behandelplan en uit de bij de klachtbrief gevoegde wetenschappelijke literatuur. Op deze lichamelijke oorzaak heeft de gnatoloog het behandelbeleid afgestemd. De gnatoloog heeft een beetje aangemeten en Consument verwezen naar orofaciale fysiotherapeut en naar een psycholoog. Verzekeraar stelt ten onrechte dat de bezoeken aan de psycholoog erop duiden dat sprake is van een psychosociale kwaal. De gnatoloog heeft Consument naar de psycholoog verwezen voor 'counseling leef- en gedragsstijl onderhoudende factoren van deze klacht', opdat Consument zou leren om op een andere manier om te gaan met haar spieren en lichaam, zodat daardoor de kans op tinnitusklachten zou verminderen.

- Tijdens het bezoek aan de huisarts op 29 september 2013 vanwege een zeer harde, doordringende piep in het oor, heeft Consument weliswaar ook gesproken over de drukte op haar werk en haar zorg voor de kleine kinderen, maar daaruit kan niet worden afgeleid dat, zoals Verzekeraar stelt, sprake was van overbelasting (surmenage met functioneel lichamelijke klachten in de vorm van oorsuizen (tinnitus) en tempromandibulaire dysfunctie), laat staan van psychische klachten. Consument is pas in november 2013 overbelast geraakt, zulks als gevolg van de tinnitus. Verzekeraar draait oorzaak en gevolg om. De huisarts heeft dit ook bevestigd in haar brief van 23 april 2015. Daar komt bij dat in november 2013 de verzekering al was ingegaan.
- Consument heeft sinds 2010 eens per maand contact met een haptotherapeut. Zij heeft hiervan geen melding gemaakt omdat het alleen ging om (preventieve) coachingsgesprekken, om de balans tussen werk en privé te behouden en voor de begeleiding van haar zwangerschappen. Van behandeling is geen sprake geweest. Aangezien in de gezondheidsverklaring alleen gevraagd wordt naar aandoeningen, ziekten, klachten en/of gebreken, en Consument geen aandoening, ziekte, klachten en/of gebrek had, hoefde zij niets aan te kruisen. Het was Verzekeraar overigens bekend dat Consument gesprekken had met de haptotherapeut. Daarover is zij altijd open geweest.
- Consument heeft in het kader van haar reïntegratietraject in 2010 gesproken met een arbeidsdeskundige van Verzekeraar en met een door de arbeidsdeskundige geadviseerde psycholoog. De reden voor de uitval in 2010 was gelegen in de bevalling van een doodgeboren kindje na 17 weken zwangerschap. Consument is toen geholpen bij de rouwverwerking. Van overbelastingsklachten was geen sprake.
- Noch tijdens het ondertekenen van de gezondheidsverklaring op 25 september 2013 noch tijdens het verdere acceptatietraject heeft Consument psychische klachten ervaren. Zij heeft de mededelingsplicht van artikel 7:928 BW dus niet geschonden voor wat betreft de aanwezigheid van psychische klachten. De geplaatste restrictie voor psychische klachten is dan ook onterecht.

#### Verweer Verzekeraar

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

- Consument is haar mededelingsplicht ex artikel 7:928 BW niet nagekomen omdat zij ten tijde van de acceptatieprocedure acute oorklachten heeft gekregen, hiervoor diverse consulten heeft gehad en daarnaast al jaren werd behandeld door een haptotherapeut. Deze klachten, consulten en behandeling had zij moeten melden.
- Consument had tot 11 november 2013 veranderingen in haar gezondheidstoestand moeten melden. Op die datum is de polis aan haar toegezonden. In de toelichting bij de gezondheidsverklaring staat onder meer: "...Zodra Movir u heeft laten weten dat u definitief bent geaccepteerd vervalt uw plicht om veranderingen in uw gezondheidstoestand te melden. De definitieve acceptatie blijkt uit een polis, een acceptatiebewijs of definitieve dekkingsbevestiging die u wordt toegestuurd..." De Hoge Raad heeft deze verplichting om te blijven melden expliciet bevestigd in zijn arrest van 22 september 2017 (ECLI:NL:HR:2017:2447).
- Consument had sinds 2010 gesprekken met de haptotherapeut. Of het hier gaat om een behandeling is niet relevant. In vraag 3 van de gezondheidsverklaring staat immers dat ook een hokje moet worden aangekruist als de kandidaat-verzekerde bij een hulpverlener is geweest. In haar brief van 16 januari 2014 schrijft de haptotherapeut overigens zelf: "De behandeling' bestaat uit haptotherapie..." Daarbij spreekt zij over "therapie" en over inzichtgevende en ondersteunende gesprekken. Ook de frequentie van (ongeveer) een keer per maand geeft aan dat sprake is van een vorm van behandeling. Evenmin is relevant dat Verzekeraar reeds bekend was met het feit dat Consument de haptotherapeut bezocht nu op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven (artikel 7:928 lid 4 BW).
- Als Verzekeraar had geweten dat Consument klachten van oorsuizen had en bovendien werd behandeld door een haptotherapeut, zou de medisch adviseur hebben geadviseerd om de wijziging van de Langlopende verzekering en het afsluiten van de nieuwe Waarnemingsverzekering uit te stellen en uiteindelijk te accepteren met een beperkende voorwaarde. Uit meerdere feiten blijkt dat bij Consument sprake was van (recidiverende) psychische klachten. Eind 2013 is uit alle diagnostiek duidelijk geworden dat het om surmenage gaat met functioneel lichamelijke klachten in de vorm van een temporomandibulaire dysfunctie en tinnitus, waarvoor geen medisch aantoonbare afwijkingen werden aangetoond. Bovendien was er een voorgeschiedenis waarin overbelastingsklachten aan de orde waren en waarbij sprake is geweest van arbeidsongeschiktheid. Het advies van de medisch adviseur om een beperkende voorwaarde te plaatsten is gebaseerd op de Handleiding Medische Acceptatie van de GAV.

#### **4. Beoordeling**

- 4.1. Aan de orde is de vraag of Consument haar precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De Commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.2. Ingevolge artikel 7:928 BW is de aspirant-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 aspirant-verzekeringnemer moet begrijpen dat daarvan de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja op welke voorwaarden hij de verzekering wil sluiten, afhangt of zou kunnen afhangen. Een niet juiste invulling kan er dan ook toe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium bij de vraag of er recht op uitkering bestaat, een en ander overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:930 lid 3 en lid 4 BW, op beroept dat hij – indien hij tijdig op de hoogte was gesteld van de juiste stand van zaken - de verzekering niet of niet onder dezelfde condities zou zijn aangegaan. Bij de vraag of de verzwegen feiten voor de verzekeraar relevant zijn voor de acceptatiebeslissing, geldt als uitgangspunt een toetsing aan het acceptatiebeleid van een redelijk handelend verzekeraar. Zie Parl. Gesch. titel 7.17 BW, Deventer: Kluwer 2007, p. 39 en Hof Den Bosch 24 maart 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1073 r.o. 3.27.
- 4.3. Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument op 30 september 2013, vijf dagen na het invullen van de gezondheidsverklaring maar vóór het ingaan van de verzekering, de huisarts heeft bezocht vanwege tinnitusklachten. Tinnitus kan door diverse aandoeningen en omstandigheden worden veroorzaakt. Regelmatig wordt voor tinnitus geen lichamelijke verklaring gevonden en hangt de klacht samen met psychische factoren. Bij Consument is de diagnose gesteld op TMD. TMD kan inderdaad een relatie hebben met tinnitus. Dit staat niet ter discussie. Wat wel ter discussie staat is de oorzaak van TMD. Anders dan Consument stelt liggen hieraan wel degelijk psychische factoren ten grondslag en is de spierspanning secundair. TMD, tandknarsen, kaakklemmen, wang- en nagelbijten, geduid als parafuncties, zijn alle vaak uiting van (al dan niet onbewuste) psychische spanning. De voorgestelde medebehandeling door een psycholoog in 2013 wijst hier eveneens op. De gegevens van de haptotherapeut, de arbeidsdeskundige, de klachten uit 2010 en de berichtgeving van de huisarts eind september 2013 zijn hiermee in overeenstemming. De Commissie is van oordeel dat Consument melding had moeten maken van haar acute oorklachten, zeker gezien de tekst op het voorblad van de gezondheidsverklaring dat een verandering in de gezondheid direct aan Movir moet worden doorgegeven.

4.4. De vraag tot welk moment veranderingen in de gezondheidssituatie moeten worden doorgegeven beantwoordt de Commissie als volgt. Zowel Consument als Verzekeraar hebben een kopie van de gezondheidsverklaring van 25 september 2013 overgelegd. Daarbij zit geen toelichting. Op de zitting is door Verzekeraar weliswaar verwezen naar een toelichting zoals gevoegd bij het verweer van Verzekeraar (produktie 1), maar deze toelichting hoort bij de gezondheidsverklaring van 20 augustus 2007. In de toelichting uit 2007 staat inderdaad dat de plicht om veranderingen te melden vervalt zodra Movir de (kandidaat-)verzekerde heeft laten weten dat hij definitief is geaccepteerd. Definitieve acceptatie blijkt onder meer uit de polis.

Nu de toelichting bij de gezondheidsverklaring van 25 september 2013 ontbreekt en niet gebleken is c.q. vast is komen te staan dat bij de gezondheidsverklaring van 25 september 2013 een toelichting heeft gezeten, gaat de Commissie uit van de tekst van de waarschuwing op het voorblad van de gezondheidsverklaring: “Het kan zijn dat uw gezondheid verandert. Gebeurt dit nadat u de verklaring hebt ingevuld? Maar vóórdat de verzekering ingaat? Geef dit dan direct door aan Movir.” De verzekering is ingegaan op 22 oktober 2013 en de Commissie houdt deze datum daarom aan als de datum waarop de precontractuele mededelingsplicht is komen te vervallen. In het door Verzekeraar aangehaalde arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2017,:2447) heeft de Commissie niet kunnen lezen dat de Hoge Raad in alle gevallen de datum van verzending van de polis aanhoudt.

4.5. Gelet op het voorgaande concludeert de Commissie dat Consument haar precontractuele mededelingsplicht niet is nagekomen door geen melding te maken van de tinnitusklachten.

4.6. Vervolgens komt de Commissie toe aan de vraag of een redelijk handelend verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een beperkende bepaling voor psychische klachten op de polis zou hebben geplaatst. De Commissie overweegt dienaangaande dat als ten tijde van de acceptatie een nieuwe klacht of symptoom opkomt, afhankelijk van de aard van de klacht, uitstel van de procedure zal volgen. Tinnitus is een klacht die kan leiden tot blijvende langdurige arbeidsongeschiktheid. De acceptatieprocedure zal dus altijd worden stilgelegd tot nadere berichtgeving. Die nadere berichtgeving zou hebben geleerd dat Consument door haar klachten in paniek is geraakt, dat zij met haar klachten niet kon omgaan, dat zij al jaren een haptherapeut bezoekt voor balans tussen werk en privé, dat in 2010 door de psycholoog de diagnose somatoforme stoornis, burn-out is gesteld en dat in 2013 de diagnose TMD is gesteld. Het is dan zeer aannemelijk dat een medisch adviseur dit risico wil afdekken met een beperkende bepaling voor psychische klachten. Bij alleen een beperkende bepaling voor TMD wordt de oorzaak niet afgedekt en die oorzaak ligt op psychisch/psychosomatisch terrein. Ruime clausulering is noodzakelijk omdat psychische klachten zich op verschillende manieren kunnen manifesteren. De Commissie is dan ook van oordeel dat de beperkende bepaling gerechtvaardigd is en dat de inhoud daarvan als redelijk kan worden aangemerkt, temeer daar Consument na vijf jaar om een herbeoordeling kan verzoeken.



4.7. De conclusie is dat de beperkende bepaling gerechtvaardigd is en niet behoeft te worden verwijderd of vervangen door een andere bepaling. 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 40 van het Reglement.*