

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2018-513
(mr. A. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, lid, drs J.H. Paulusma-de Waal,
RGA, Arts M&G en mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 11 juni 2015
Ingediend door : Consument
Tegen : N.V. Amersfoortse Algemene Verzekering Maatschappij, gevestigd te Utrecht,
verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 17 augustus 2018
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Claim op arbeidsongeschiktheidsverzekering na aanrijding met whiplash als gevolg. Aan de orde is de vraag of Consument na 1 maart 2014, de datum waarop Verzekeraar de uitkering heeft beëindigd, nog rechten aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering kan ontleen. De verzekeringsvoorwaarden bepalen dat arbeidsongeschiktheid aanwezig is indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep. De Commissie stelt vast dat Verzekeraar twee neurologische, één neuropsychologische expertise en een verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft laten verrichten. De expertiserapporten leiden alle tot de conclusie dat de klachten van Consument medisch objectief gezien niet kunnen worden verklaard vanuit een bepaald ziektebeeld. De Commissie is niet gebleken dat de rapporten op een onzorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen. Een consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt moet zijn stellingen onderbouwen met concrete en deugdelijke argumenten. Consument heeft in dit geval tegenover deze rapportages, slechts twee stukken uit de behandelende sector overgelegd. Die stukken bevatten echter geen concrete inhoudelijke argumenten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapportages van de drie experts en het verzekeringsgeneeskundig onderzoek terzijde moeten worden geschoven. Volgt afwijzing vordering.

I. Procesverloop

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

- de klachtbrief van Consument;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de door Consument ondertekende medische machtiging;
- de verklaring van Consument met diens keuze voor bindend advies.

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 december 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

2.1. Consument heeft met ingang van 17 februari 1994 bij Verzekeraar in de hoedanigheid van [beroep] een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. De verzekering kwam tot stand met een premieopslag in verband met overgewicht. De verzekering biedt zowel dekking voor het eerstejaarsrisico (Rubriek A) als het na eerstejaarsrisico (Rubriek B). Op de verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden Polismodel 175 (hierna: de verzekerings-voorwaarden). Hierin is onder andere voor zowel Rubriek A (artikel 5) als Rubriek B (artikel 10) het navolgende bepaald:

“(...) Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs van hem verlangd kan worden. (...)”

2.2. Op 7 oktober 2011 was Consument betrokken bij een verkeersongeval waarbij hij in stilstand met geringe snelheid werd aangereden. Consument heeft daarbij een whiplash opgelopen als gevolg waarvan hij arbeidsongeschikt is geraakt en waarvoor hij beroep op deze verzekering heeft gedaan. Per 8 oktober 2011 heeft Verzekeraar Consument een uitkering toegekend op basis van arbeidsongeschiktheid binnen de klasse van 80-100%. Met ingang van 1 februari 2012 is dat percentage aangepast naar 65-80%.

2.3. In maart 2012 heeft Verzekeraar Consument een begeleidingsprogramma aangeboden specifiek gericht op het verbeteren van de fysieke belastbaarheid. In de daarover in oktober 2012 verschenen eindrapportage wordt melding gemaakt van een sterke verbetering van de door Consument ervaren klachten.

2.4. Eind 2012 is in opdracht van Verzekeraar een neurologische expertise door dr. [neuroloog 1] verricht om meer inzicht te verkrijgen in de medische status en beperkingen van Consument.

In diens rapportage van 10 december 2012 is onder andere het volgende opgenomen:

“(...) Bij neurologisch onderzoek vind ik objectief met betrekking tot de functie van de wervelkolom geen duidelijke afwijkingen. Ook bij verder neurologisch onderzoek worden ten aanzien van de motoriek, sensoriek, coordinatie en reflexen geen duidelijke afwijkingen vastgesteld.

Conclusie: Betrokkene heeft te maken met de late gevolgen van een flexie- en extensietrauma van de nek-wervelkolom.

De aard van de klachten van nek en hoofdpijn en het samengaan met klachten over geheugen en concentratie, sterke vermoeibaarheid en overprikkelbaarheid overdag leiden tot een consistent klachtenpatroon te duiden als cervicaal syndroom. (...)”

Nadat de arbeidsdeskundige van Verzekeraar Consument heeft bezocht, is met hem een werkopbouw besproken waarbij Verzekeraar de mate van arbeidsongeschiktheid per 1 juli 2013 zal vaststellen op minder dan 25%.

2.5. Eind juli 2013 heeft Consument Verzekeraar laten weten dat de afgesproken werkhervatting wat hem betreft niet haalbaar is. In overleg met de medische adviseur en arbeidsdeskundige van Verzekeraar is vervolgens meer tijd voor de werkopbouw uitgetrokken. Partijen hebben afgesproken dat Consument over de periode van 1 juni 2013 tot 1 maart 2014 arbeidsongeschikt beschouwd zal worden in de klasse van 25-35% om daarna de uitkering per 1 maart 2014 te beëindigen.

2.6. Nadat Consument daartegen bezwaar heeft gemaakt heeft Verzekeraar een aanvullend neurologisch onderzoek te laten verrichten door dr. [neuroloog 2]. In diens op 2 september 2014 verschenen eindrapportage is onder andere het volgende opgenomen:

“(...) Bij het huidig neurologisch onderzoek bij betrokkene kunnen geen neurologische afwijkingen worden vastgesteld. Wel is sprake van een forse adipositas.

(...)

Uit bovenstaande volgt dat er geen neurologische verklaring kan worden aangegeven voor (het voortduren van) de door betrokkenen ondervonden klachten waarbij momenteel met name de cognitieve klachten hem behoorlijk hinderen. (...)”

2.7. Verzekeraar heeft op grond van die eindrapportage zijn eerder ingenomen standpunt gehandhaafd dat Consument per 1 maart 2014 voor minder dan 25% arbeidsongeschikt moet worden geacht, omdat er geen beperkingen te stellen zijn.

2.8. Omdat Consument het nog steeds niet eens was met het standpunt van Verzekeraar, heeft Verzekeraar besloten alsnog een verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten verrichten door dr. [neuroloog 3]. In zijn op 21 februari 2015 verschenen rapportage is het navolgende opgenomen:

“(…) VI Beschouwing:

Naar objectief medische maatstaven zijn op dit moment geen ernstige beperkingen te duiden. Op grond van de subjectief ervaren cognitieve belemmeringen verdient het een aanbeveling dat cliënt bij de planning van zijn autoritten voldoende rustpauzes in acht neemt.

VII Conclusie en beantwoording vraagstelling

1. Wat zijn uw bevindingen en hoe luidt uw diagnose?

Voor bevindingen, zie bovenstaande. Subjectief ervaren cognitieve belemmeringen na een flexie/deflexie trauma in oktober 2011 waarvoor objectief geen duidelijke verklaring. Pijnklachten in nek/schoudergordel na bovengenoemd trauma, in remissie die actueel geen belangrijke rol meer spelen.

Obesitas, zonder verdere consequenties (althans niet door cliënt ervaren). Het gewicht is na het ongeval verder toegenomen van 168kg naar 195kg. [Neuroloog 2] ziet in augustus 2014 mogelijk toch een verband tussen de klachten van cliënt en diens overgewicht.

2. Wat zijn uw eventuele therapeutische overwegingen?

Gewichtsreductie zou in de toekomst van belang kunnen zijn en cliënt zou vervolgonderzoek kunnen aanvragen om zijn cognitief functioneren nader te laten onderzoeken.

Verder is het goed als hij met fitness doorgaat, hij heeft dit de afgelopen jaren adequaat gedaan en daarmee zijn nek/schoudergordel versterkt.

3. Welke beperkingen stelt betrokkene te ondervinden bij de beroepsuitoefening, bij activiteiten van het dagelijks leven en in de vrijetijdsbesteding?

Client geeft aan beperkingen te ervaren bij langdurig autorijden vooral in het donker en bij slechte weersomstandigheden, bij eenzijdige belasting (reiken boven schouderhoogte) en bij langdurige mentale belasting (lange gesprekken, drukke ruimtes, langdurig computeren).

In het dagelijks leven kan hij minder sociale activiteiten aan en in zijn vrije tijd is hij beperkt in zijn sportuitoefening (golf).

4. Kunt u in het algemeen aangeven welke beperkingen er zijn op basis van de Objectieve medische bevindingen op uw vakgebied?

Voor de vastgestelde beperkingen verwijs ik naar de beschouwing (paragraaf VI).

5. Vormen de door u aangegeven objectieve medische beperkingen de verklaring voor de door betrokkene aangegeven beperkingen?

Evidente beperkingen voor autorijden of werken achter de PC heb ik niet kunnen objectiveren.

6. Hoe ziet u de prognose?

De prognose voor het werken als [beroep] is gunstig.

7. Acht u verdere opmerkingen van belang voor de beoordeling van deze casus?

Neen. (...)

- 2.9. Verzekeraar heeft op grond van dit onderzoek geconcludeerd dat er aan de zijde van Consument niet gesproken kan worden van medisch objectiveerbare stoornissen. Consument heeft Verzekeraar hierna verzocht om ook een neuropsychologisch onderzoek te laten verrichten maar dat heeft hij geweigerd omdat er geen aanwijzingen waren voor neurologisch lijden cq hersenletsel. Consument heeft hierna een klacht aan Kifid voorgelegd in het kader waarvan hij een in zijn opdracht opgesteld behandelplan heeft overgelegd van de Stichting [naam Stichting]. Verzekeraar heeft daarin geen aanleiding gevonden om zijn eerder ingenomen afwijzende standpunt te herzien.
- 2.10. Consument heeft hierna een aan zijn huisarts gerichte brief van [neuroloog I] van 8 januari 2016 overgelegd waarin onder andere het navolgende is opgenomen;

*“(...) Reden van komst: Whiplash trauma 2011. Veel klachten zijn gebleven, o.a. hoofdpijn. Revalidatie via [naam Trainingsinstituut] geweest, geen cognitieve gedragstherapie. Klachten van nu: tintelende handen beiderzijds bij autorijden, Met regenachtig weer 1 uur rijden. Dan ook verkramping van nek en schouders en ook toename hoofdpijn. Gaat om alle vijf de vingers, trekt omhoog via hand naar onderarm en schouderpartij beiderzijds. Alles gaat dan pijn doen. Moet stoppen met rijden, voelt zich niet veilig, heeft limousine service. Kracht is ok, met name na goede nachtrust maar als de klachten komen is het minder.
(...)”*

- 2.11. Verzekeraar heeft vervolgens bij brief van 7 april 2016 onder overlegging van het advies van zijn medisch adviseur toegelicht waarom hij in deze brief geen aanleiding heeft gevonden om terug te komen op zijn eerder ingenomen afwijzende standpunt. Verzekeraar heeft daarbij echter ook te kennen gegeven bereid te zijn om onder voorwaarden een neuropsychologische contra-expertise te laten verrichten.
- 2.12. Consument heeft daarop per emailbericht van 2 mei 2016 te kennen gegeven dat hij in beginsel wel in kan stemmen met het door Verzekeraar voorgestelde onderzoek maar dat hij, na een aantal therapie sessies bij het [naam Stichting] nog een eindonderzoek heeft ondergaan en de daarover te verschijnen rapportage wenst af te wachten.
- 2.13. Begin juli 2016 is dat evaluatierapport aan Verzekeraar voorgelegd. Bij emailbericht van 19 juli 2016 heeft Verzekeraar daarop als volgt gereageerd:

“(...) Dank u voor het versturen van het evaluatierapport van het [naam Stichting]. Ik stuurde dit ter beoordeling door aan onze medisch adviseur.

Onze medische adviseur, mevrouw [Naam medisch adviseur Verzekeraar], neemt deze aanvullende informatie voor kennisgeving aan. Wij handhaven ons standpunt en vragen ons af of de heer [Naam Consument] nu wil meewerken aan een gezamenlijk neuropsychologisch contra-onderzoek wat onderdeel is van een neurologische expertise, waarbij een klinische neuropsycholoog het npo uitvoert en de uitkomst door de neuroloog beoordeeld wordt? (...)”

- 2.14. In vervolg hierop heeft Consument besloten akkoord te gaan met de door Verzekeraar voorgestelde neuro(psycho)logische expertise verricht door dr. [neuroloog 4] uit [plaatsnaam]. In diens hierover verschenen rapportage van 7 maart 2017 is onder andere het volgende opgenomen:

“(...)”

3. Wat zijn uw bevindingen bij onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek?

Bij mijn onderzoek vond ik geen neurologische afwijkingen en de beweeglijkheid van de cervicale wervelkolom was normaal. Aanvullend neuropsychologisch onderzoek toonde geen mentale stoornissen van meer dan minimale betekenis.

4. Wat is uw diagnose?

De diagnose luidt: cervicogene klachten na een acceleratie-deceleratietrauma zonder objectieveerbare restverschijnselen.

5. Kunt u in het algemeen aangeven welke beperkingen er op uw vakgebied zijn op basis van de objectieve medische bevindingen?

Er zijn geen objectieve medische bevindingen waardoor betrokkene beperkt geacht dient te worden op neurologisch vakgebied.

6. Hoe ziet u de prognose?

Wat de prognose betreft dient uitgegaan te worden van het feit dat de klachten na vijf jaar nog steeds aanwezig zijn en zij dus wel niet zullen verbeteren.

7. Heeft u nog therapeutische suggesties?

Ik heb geen therapeutische suggesties.

8. Heeft u nog opmerkingen die voor de beoordeling van belang kunnen zijn?

*Ik heb geen verdere opmerkingen die voor de beoordeling van belang kunnen zijn.
(...)"*

2.15. Naar aanleiding van het hier bovengenoemde expertiserapport van [neuroloog 4] heeft Verzekeraar per e-mailbericht van 31 mei 2017 Kifid als volgt bericht:

"(...) Onze medisch adviseur, mevrouw [Naam medisch adviseur Verzekeraar] ontving en beoordeelde het rapport van expertisearts [neuroloog 4].

Medische beoordeling

Mevrouw [naam medisch adviseur van Verzekeraar] constateert dat er bij het neurologisch onderzoek en bij het neuropsychologisch onderzoek geen afwijkingen zijn vastgesteld. Verzekerde, de heer [naam Consument], ervaart weliswaar klachten, maar er bestaan geen objectief medisch vast te stellen stoornissen voor het uitvoeren van zijn werkzaamheden. In de bijlage treft u de notitie aan van onze medisch adviseur en het specialistisch rapport aan voor uw medisch adviseur.

Standpunt

Gezien het advies van onze medisch adviseur handhaven wij ons standpunt. Wij vinden de situatie vervelend voor de heer [Naam Consument], maar wij kunnen hem niet gedeeltelijk of geheel in zijn klacht tegemoet komen. Bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid zijn de polisvoorwaarden leidend. In artikel 14 de polisvoorwaarden staat omschreven dat van Arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is als er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren. Nu er geen sprake is van geobjectiveerde afwijkingen en beperkingen wordt niet voldaan aan de voorwaarden voor het recht op een uitkering. De beleving van de heer [Naam Consument] dat hij dusdanige beperkingen ervaart, dat hij de verzekerde beroepswerkzaamheden niet kan uitoefenen, is geen zelfstandige grond voor een vaststelling van de arbeidsongeschiktheid, omdat de polis vereist dat het moet gaan om objectief medisch vast te stellen stoornissen (vgl. HR 10 oktober 2003, JOL 2003/511 als ook HR 16 april 1999, NJ 1999/699). (...)"

2.16. Consument heeft zijn klacht gehandhaafd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1. Consument vordert dat Verzekeraar hem met terugwerkende kracht tot 1 maart 2014 alsnog een uitkering uit hoofde van deze verzekering toekent tot op zijn minst eind 2015 op basis van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2. Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst door hem per maart 2014 een uitkering te onthouden. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Voor het ongeval was geen autorit te veel voor Consument. Hij heeft altijd veel en hard gewerkt. Werkweken van 90 uur of meer waren geen uitzondering voor hem. Nu kampt Consument nog dagelijks met klachten die het gevolg zijn van de whiplash en is hij na 6 uur - bij droog weer - dusdanig gesloopt dat hij zich de dag erna onvoldoende kan concentreren om scherp en alert achter het stuur te zitten. Meer dan vier uur per dag werken is voor hem een onmogelijke opgave. Bijvoorbeeld zijn armen op de voorgeschreven manier aan het stuur houden, kan hij niet langer dan een half uur. Dat zijn klachten niet blijken uit de gemaakte foto's, wil niet zeggen dat deze er niet zijn. Alle neurologen die Consument hebben bekeken erkennen ook in hun rapportages dat alle door Consument ervaren symptomen het gevolg zijn van de whiplash en deze in de meeste gevallen ook wel slijten. Bij de ene patiënt duurt het alleen langer dan bij de ander. Consument maakt dan ook geen aanspraak op een volledige uitkering maar wel een rechtvaardige compensatie.

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 is de vraag of Consument na 1 maart 2014, de datum waarop Verzekeraar de uitkering heeft beëindigd, nog rechten aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering kan ontlenen. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt daarover het volgende.

- 4.2. Artikel 5 en 10 van de verzekeringsvoorwaarden bepalen dat arbeidsongeschiktheid aanwezig is indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor tenminste 25% arbeidsongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan zijn op het polisblad vermelde beroep.
- 4.3. Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument twee keer een neurologisch expertise onderzoek heeft ondergaan. In 2012 geeft de eerste neuroloog aan dat bij onderzoek geen bijzonderheden worden geconstateerd. De neuroloog concludeert op basis van een consistent klachtenpatroon en gezien de aard van de klachten tot een 'cervicaal syndroom'. De tweede neuroloog komt in 2014 tot de conclusie dat hij geen beperkingen kan duiden omdat hij neurologisch geen logische verklaring voor de klachten van Consument kan geven en hij geen aanwijzingen vindt voor traumatisch hersenletsel of neurologisch lijden. In februari 2015 vindt een verzekeringsgeneeskundige expertise plaats. De verzekeringsgeneeskundige is op basis van het dossier en het eigen onderzoek van mening dat naar objectief medische maatstaven geen beperkingen zijn te duiden. Consument heeft hierna zelf een 'neurotherapeutisch onderzoek' geïnitieerd. Daarbij werden aanwijzingen gevonden voor onder andere cognitieve beperkingen. Consument is hierna aan de slag gegaan om met neurofeedback 'het autonome zenuwstelsel weer in balans te krijgen' waarbij hij een groot aantal sessies heeft ondergaan. Eveneens heeft Consument, getuige de inhoud van de door hem in het geding gebrachte brief van 21 januari 2016, weer contact gezocht met [neuroloog 1] en op grond van diens opmerkingen en de resultaten van het voornoemde neurotherapeutisch onderzoek, verzocht om een neuropsychologisch onderzoek. Dat onderzoek heeft inmiddels in het najaar van 2016 plaatsgevonden. Daarbij zijn geen aanwijzingen gevonden voor medisch objectiveerbare restverschijnselen na een whiplash trauma. Het neuropsychologisch onderzoek laat evenmin aanwijzingen zien voor organisch-cerebraal bepaalde afwijkingen of te wel geen aanwijzingen voor objectief medisch aantoonbare afwijkingen veroorzaakt door ziekte vanuit de hersenen.
- 4.4. De Commissie stelt vast dat Verzekeraar twee neurologische, één neuropsychologische expertise en een verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft laten verrichten. De expertiserapporten leiden alle tot de conclusie dat de klachten van Consument medisch objectief gezien niet kunnen worden verklaard vanuit een bepaald ziektebeeld. De Commissie is niet gebleken dat de rapporten op een onzorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen; de conclusies zijn deugdelijk onderbouwd en vloeien voort uit de door de betreffende artsen in hun rapporten vermelde gegevens. Een consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt moet zijn stellingen onderbouwen met concrete en deugdelijke argumenten.

Consument heeft in dit geval tegenover deze rapportages, slechts twee stukken uit de behandelende sector overgelegd: de hierboven genoemde rapportage van het in zijn opdracht verrichte neurotherapeutisch onderzoek alsmede de brief van [neuroloog I] van 21 januari 2016. Die stukken bevatten echter geen concrete inhoudelijke argumenten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapportages van de drie experts en het verzekeringsgeneeskundig onderzoek terzijde moeten worden geschoven. Ook hierin kan de Commissie, anders dan de door Consument zelf gerapporteerde klachten, geen onderbouwing vinden van zijn stelling die in de kern genomen hier op neer komt dat toch uitgegaan moet worden van klachten die medisch zijn vast te stellen en mitsdien objectiveerbaar zijn te noemen.

- 4.5. Gezien het bovenstaande is de Commissie van oordeel dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat per 1 maart 2014 geen sprake (meer) is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, zodat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door de uitkering onder de verzekeringsovereenkomst per 1 maart 2014 te beëindigen. De Commissie zal de vordering van Consument afwijzen.

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.