

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-196
(mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. B.F. Keulen, drs. J.H. Paulusma-de Waal RGA,
leden en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 23 april 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : Loyalis Schade N.V., gevestigd te Heerlen, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 20 maart 2019
Aard uitspraak : Bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Consument vordert over een bepaalde periode een aanvullende uitkering onder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hij acht de constatering en conclusies in een tweetal deskundigenrapporten onjuist. De Commissie heeft geoordeeld dat op basis van hetgeen Consument heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van die constatering en conclusies, dat geen argumenten aanwezig zijn om de deskundigenrapporten terzijde te schuiven. Vordering afgewezen.

I. Procesverloop

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

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

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

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 januari 2019 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [datum] 1959, is bij Verzekeraar verzekerd onder een collectieve arbeidsongeschiktheidsverzekering, een ASU PO/VO verzekering. Deze verzekering biedt dekking aan (ex)werknemers uit de sector Primair of Voortgezet Onderwijs (PO/VO) voor zover deze op of na 1 januari 2005 een Aansluitende Uitkering (ASU) genoten op grond van het Besluit Bovenwettelijke Werkloosheidsregeling voor Onderwijspersoneel primair onderwijs (BBWO) en/of de Werkloosheidsregeling voor onderwijspersoneel voortgezet onderwijs (Wovo) en op of na 1 januari 2005 het risico lopen ziek/arbeidsongeschikt te worden en waarbij het recht op ASU niet doorloopt tot de 1^e dag van de maand waarin de verzekerde 65 jaar wordt. Onder ASU wordt verstaan een aansluitende uitkering zoals gedefinieerd in de artikelen 8 van het BBWO en de Wovo.
- 2.2 De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bepalen voor zover relevant:

“Artikel 3. Voorwaarden voor het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering

Er moet sprake zijn van arbeidsongeschiktheid.

Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte, aandoeningen of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde minder kan verdienen dan toen hij nog gezond was. Het verschil moet minstens 35% zijn. Al het algemeen geaccepteerde werk waarvoor verzekerde vaardigheden bezit of kan verwerven komt in aanmerking voor het bepalen van de restverdiencapaciteit.

De mate van arbeidsongeschiktheid en de duurzaamheid daarvan wordt vastgesteld aan de hand van rapportages van door Loyalis aangewezen deskundigen, zoals bijvoorbeeld een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige.

Toelichting

De verzekeringsarts gaat na welke beperkingen de verzekerde door zijn ziekte of handicap heeft ten aanzien van werk. De verzekeringsarts onderzoekt ook of de medische situatie duurzaam is. De arbeidsdeskundige gaat na wat de verzekerde nog voor werk kan doen en wat hij hiermee kan verdienen. Al het algemeen geaccepteerde werk waarvoor de verzekerde vaardigheden bezit of kan verwerven komt in aanmerking. De arbeidsdeskundige put hiervoor uit een database met beroepen die in Nederland voorkomen. Het onderzoek is theoretisch. Of de verzekerde de arbeid daadwerkelijk kan verkrijgen, blijft buiten beschouwing. Bij de functieduiding wordt het niet of niet goed beheersen van de Nederlandse taal buiten beschouwing gelaten.”

“Artikel 4 Verplichtingen bij arbeidsongeschiktheid

De verzekerde is in geval van arbeidsongeschiktheid verplicht:

Met betrekking tot de bevordering van zijn herstel:

(...)

*b. zich desgevraagd op kosten van Loyalis door een door Loyalis aangewezen deskundige te laten of doen onderzoeken of te laten herbeoordelen en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor medisch onderzoek te laten opnemen in een door Loyalis aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling.
(...)”*

“Artikel 6 Bezwaar tegen vaststelling van de verzekeringsuitkering

Indien verzekerde zich niet kan verenigen met de beslissing over het recht op de verzekeringsuitkering kan verzekerde binnen uiterlijk 6 weken na vaststelling van bedoelde beslissing schriftelijk en gemotiveerd bezwaar aantekenen bij Loyalis. Loyalis zal in het geval de juistheid van het oordeel van de deskundigen gemotiveerd wordt bestreden, dat oordeel laten heroverwegen door andere door Loyalis aan te wijzen deskundigen. Indien een verzekerde zich niet kan verenigen met het na bezwaar ingenomen standpunt van Loyalis is de geschillenregeling van toepassing zoals nader omschreven in artikel 21 van deze voorwaarden.

Indien de verzekerde niet binnen 6 weken na dagtekening van de beslissing waarin het recht op uitkering wordt toe- of afgewezen zijn bezwaren schriftelijk en gemotiveerd heeft kenbaar gemaakt, wordt hij geacht het standpunt van Loyalis te aanvaarden.”

- 2.3 Consument heeft zich per 19 april 2010 bij Verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld wegens lichamelijke en psychische klachten. Hij heeft vanaf 1 augustus 2010 een uitkering op basis van een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100 ontvangen. In 2015 heeft een herbeoordeling in de zin van artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden plaatsgevonden. Bij brief van 24 februari 2015 heeft Verzekeraar Consument zijn beslissing meegedeeld: “Uit de medische en arbeidsdeskundige bevindingen blijkt dat het arbeidsongeschiktheidspercentage is vastgesteld op 57,93%, zonder een herbeoordeling. U hebt recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit de ASU-verzekering onderwijs van 42% van het minimumloon. In de overeenkomst is opgenomen dat, indien u gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent en u uw restverdien capaciteit niet voor minimaal 50% benut, de uitkering dan gebaseerd wordt op het minimumloon. De hoogte van uw uitkering wijzigt per 1 maart 2015.” In de brief staat ook dat Consument, als hij het niet eens is met deze beslissing, binnen uiterlijk 6 weken na dagtekening van de brief schriftelijk gemotiveerd bezwaar kan maken.
- 2.4 Bij brief van 17 maart 2015 heeft de toenmalige advocaat van Consument Verzekeraar geschreven dat Consument het niet eens is met de beslissing van 24 februari 2015 omdat zijn klachten en beperkingen zijn onderschat. De belasting behorende bij de geduide functies overschrijdt zijn belastbaarheid zodanig dat deze functies niet geduid hadden mogen worden. Zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering is ten onrechte verlaagd. De advocaat vroeg het dossier op en zou daarna de gronden voor bezwaar desnoods aanvullen. De aanvullende gronden zijn bij brief van 14 maart 2016 aan Verzekeraar toegezonden.

- 2.5 Verzekeraar heeft de beslissing van 24 februari 2015 laten herbeoordelen door zijn eigen medisch adviseur en vervolgens door zijn eigen arbeidsdeskundige. De conclusie was dat de mate van arbeidsongeschiktheid terecht en op goede gronden op 57,93% is vastgesteld.
- 2.6 Bij brief van 6 januari 2017 heeft Consument bezwaar aangetekend. Verzekeraar heeft hierop besloten Consument opnieuw te laten beoordelen, ook omdat de eerste beoordeling al weer van twee jaar daarvoor dateerde. Hij heeft Consument dit bij brief van 13 april 2017 laten weten, daaraan toevoegende dat een eventuele wijziging van het arbeidsongeschiktheidspercentage vanaf het moment van de nieuwe beslissing zou doorwerken.
- 2.7 In juli en augustus 2017 heeft psychiatrische expertise plaatsgevonden en in november 2017 een verzekeringsgeneeskundig onderzoek.
- 2.8 Op 16 januari 2018 heeft Verzekeraar de volgende beslissing genomen: “Uit de medische bevindingen blijkt dat het arbeidsongeschiktheidspercentage is vastgesteld op 80-100% per 10 januari 2018 met een herbeoordeling over 3 jaar. U hebt recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit de ASU-verzekering onderwijs van 70% van het verzekerd bedrag (...) De hoogte van uw uitkering wijzigt dus.”
- 2.9 Op 8 februari 2018 heeft de huidige advocaat van Consument bezwaar tegen deze beslissing aangetekend. De stelling is dat Consument vanaf 2010 onafgebroken op medische gronden voor 80-100% arbeidsongeschikt is en dat hij met ingang van 24 februari 2015 recht heeft op een uitkering van 80-100% en niet eerst vanaf 10 januari 2018.
- 2.10 Naar aanleiding van dit bezwaar heeft Verzekeraar besloten de ingangsdatum van het arbeidsongeschiktheidspercentage 80-100 te verschuiven naar 30 november 2017. Op die datum is namelijk de verzekeringsgeneeskundige rapportage opgemaakt waarin is opgenomen dat door ernstige psychische symptomen met disfunctioneren op alle niveaus, geen functionele mogelijkhedenlijst kan worden opgesteld en dus sprake is van een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100. Verzekeraar heeft zijn standpunt voor het overige gehandhaafd.
- 2.11 Dit laatste besluit heeft geresulteerd in de klacht van Consument bij Kifid.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert aanvullende uitkering onder de verzekering over de periode 24 februari 2015 tot 30 november 2017 op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid, te vermeerderen met de wettelijke rente.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de grondslag dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Tegen de beslissing van Verzekeraar van 24 februari 2015 heeft Consument tijdig en gemotiveerd bezwaar aangetekend. De beslissing is door hem niet aanvaard.
- Consument lijdt aan veel klachten, waarvan een gedeelte medisch objectiveerbaar is. Zo heeft Consument onder meer diabetes mellitus type II, heeft hij oogklachten, spanningsklachten, nekpijn, rugklachten, hoofdpijn en last van duizeligheid. Verder is onder meer sprake van artrose van de cervicale wervelkolom en van chronisch wisselende depressieve klachten, een slaapstoornis en klachten van de voeten.
- In zijn rapport van 21 augustus 2017 schrijft de expertiserend psychiater onder meer dat hij de door de behandelaar gehanteerde diagnose 'pijnstoornis gebonden aan zowel psychische factoren als een somatische aandoening, een dysthyme stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO met narcistische en vermijdende trekken', niet kan bevestigen. Hij adviseert de gepresenteerde klachten vooral te interpreteren in het licht van aanpassingsproblematiek aan de huidige complexe sociale situatie. In termen van de DSM-classificatie is daarmee sprake van een 'ongespecificeerde aanpassingsstoornis'. Deze diagnose doet volgens Consument geen recht aan de reëel bij hem bestaande ziekteklachten en aandoeningen. Hij wijkt bovendien af van de diagnose die in 2012 is gesteld (depressie, ernstig). Verder valt tegen de door de psychiater gestelde diagnose in te brengen dat Consument reeds in 2008 is gescheiden zodat in 2017 niet meer van een aanpassingsstoornis kan worden gesproken. Andere door de psychiater genoemde factoren zoals ouder-kind relatie, werk, werkloosheid, psychosociale omstandigheden, bestaan reeds jarenlang. De diagnose 'pijnstoornis etc.' is in het verleden niet alleen door de behandelaar gehanteerd maar ook door verzekeringsartsen. Ook roept de rapportage van de psychiater vragen op. Als de psychiater pretendeert de klachten van Consument te kunnen objectiveren, welke onderzoeksmethoden heeft hij dan toegepast die niet eerder door verzekeringsartsen of behandelend artsen zijn toegepast? Als op een validatietest een score wordt behaald tussen 34 en 54 en twintig vragen niet werden beantwoord, berust de psychiater hier dan in?

- De psychiater spreekt in zijn rapport van een aggraverende (overdrijvende) klachtenpresentatie. “Er zijn aanwijzingen voor malingering bij het aanvullend onderzoek, anamnese en psychiatrisch onderzoek. Maar of de klachten daadwerkelijk bewust worden aangezet of onbewust, valt op basis van dit onderzoek niet uit te maken.” Consument vindt het belangrijk te benadrukken dat hij niet heeft overdreven of gemalingeerd (gesimuleerd). Enig bewijs daarvoor is ook niet voorhanden.
- De verzekeringsarts schrijft in zijn rapport van 10/30 november 2017 onder meer dat een grote discrepantie aanwezig is tussen de bevindingen van de expertiserend psychiater van drie maanden geleden en het huidige toestandbeeld. Het lijkt er op, zo schrijft hij, dat belanghebbende mogelijk tot enkele maanden geleden redelijk heeft kunnen functioneren met hulp van zijn familie maar dat hij, nu deze hulp is weggevallen, in apathie is vervallen, tot niets komt en disfunctioneert. Die discrepantie is echter niet aanwezig. Consument wordt nog steeds door zijn familie gesteund. De toestand in augustus 2017 is niet anders dan die in november 2017.
- De beperkingen zijn niet correct geduid. Consument heeft méér beperkingen dan geduid.
- De geduide functies zijn niet op de krachten en bekwaamheden van Consument berekend.
- De verzekeringsarts van Verzekeraar heeft Consument niet gezien.

Verweer Verzekeraar

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

- Naar aanleiding van het besluit van Verzekeraar van 24 februari 2015 is een afgeronde interne bezwaarprocedure gevoerd die door toedoen van Consument ernstig is vertraagd, maar die volledig, zorgvuldig en uitgebreid heeft plaatsgevonden. Het is thans, na zoveel jaar, niet meer mogelijk de situatie van Consument over de jaren 2015, 2016 tot aan de medische herbeoordeling in november 2017 opnieuw te overwegen omdat de situatie in 2017 kan verschillen met de situatie in de jaren daarvoor. Hoogstens kan een marginale toetsing plaatsvinden naar de zorgvuldigheid van de uitgevoerde onderzoeken en procedures door Verzekeraar. Daarnaast bepaalt artikel 5.1 van het Reglement Geschillencommissie financiële dienstverlening (Kifid) Bemiddeling en (bindend) advies dat de klacht bij de Geschillencommissie moet worden ingediend binnen een jaar nadat de consument de klacht aan de financiële dienstverlener heeft voorgelegd. Deze termijn is door Consument ruimschoots overschreden.
- De klacht van Consument kan alleen betrekking hebben op het besluit van 18 januari 2018 (de herbeoordeling). Deze beoordeling geldt alleen vanaf de datum van de herbeoordeling en niet voor de situatie daarvoor.
- De psychiater heeft vanuit zijn vakgebied en vanuit het beoordelingskader van de psychiatrische expertise, uitvoerig en degelijk onderbouwd hoe en met welke afwegingen hij tot de gestelde diagnose is gekomen.

De door hem hierbij gehanteerde argumentatie is zonder meer valide en gaat uit van de feiten die hij en de onderzoekende psychologe hebben verzameld.

- De aggraving/malingering is onderzocht met een daartoe geëigende test (SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology). Van belang bij de interpretatie daarvan is het feit dat het open laten van meer dan 16 vragen op zich al een aanwijzing is voor malingering/aggraving. De conclusies van de expertiserend psychiater worden derhalve geschraagd door de bevindingen bij een daarvoor gevalideerde, internationaal gebruikte test.
- Wat betreft de 'discrepantie': bij het psychiatrisch onderzoek in juli/augustus 2017 reageerde Consument adequaat en zelfstandig en kon hij zijn verhaal zelf, zonder hulp van derden, goed vertellen. De psychiater zag een goed verzorgde man, die oogde conform zijn kalenderleeftijd, daarbij was sprake van contactgroei. De verzekeringsarts rapporteerde daarentegen dat Consument nagenoeg niet aanspreekbaar was en dat bij een vriend een heteroanamnese is afgenomen. Verder schreef hij dat Consument zeer matig verzorgd was. De situatie in augustus 2017 was dus volledig verschillend van die in november 2017.

4. Beoordeling

- 4.1 Aan de orde is de vraag of Consument recht heeft op een aanvullende uitkering over de periode 24 februari 2015 tot 30 november 2017.
- 4.2 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument na zijn ontslag in 2005 en later na zijn scheiding in 2008 en het overlijden van zijn ouders in 2010 psychische problemen heeft gekregen en zich uiteindelijk per 19 april 2010 arbeidsongeschikt heeft gemeld. De psychische problemen worden grotendeels geluxeerd en in stand gehouden door de persoonlijkheid van Consument en zijn sociaal-culturele, financiële en persoonlijke omstandigheden. Tot eind 2017 heeft langdurig begeleiding plaatsgevonden in de eerste lijn. Eind 2017 is Consument wegens verslechtering van zijn situatie naar de tweede lijn verwezen.
- 4.3 In 2011 heeft een eerste verzekeringsgeneeskundige beoordeling plaatsgevonden. Het arbeidsongeschiktheidspercentage werd toen vastgesteld op 55-65. In 2012 volgde wegens bezwaar een nieuwe verzekeringsgeneeskundige herbeoordeling. De tweede verzekeringsarts achtte Consument toen volledig arbeidsongeschikt wegens de aanwezigheid van ernstige depressieve symptomatologie die op dat moment het bestaan van een ernstige depressie aannemelijk maakte. In 2015 heeft een herbeoordeling door een derde verzekeringsarts plaatsgevonden. De verzekeringsarts heeft op basis van de gegevens uit de curatieve sector (dysthyme stoornis en pijnstoornis) en zijn eigen bevindingen geen redenen aanwezig geacht om volledige arbeidsongeschiktheid aan te nemen.

Wel heeft hij een groot scala aan fysieke en psychische beperkingen geduid. Een urenbeperking achtte hij niet geïndiceerd omdat deze alleen wordt toegekend bij ernstige psychiatrische ziektebeelden, waarvan in het geval van Consument geen sprake was. Bij het daarop volgende onderzoek door de arbeidsdeskundige gaat het slecht met Consument. Hij kan zich niet concentreren, kan zich weinig herinneren en droomt over dode mensen. Na overleg met de verzekeringsarts blijven de beperkingen toch min of meer ongewijzigd en wordt het arbeidsongeschiktheidspercentage verlaagd naar 57,93. In 2017 gebeurt hetzelfde. De expertiserend psychiater ziet een goed verzorgde aggraverende persoon die zich goed kan concentreren. De psychiater kan de door de GGZ gestelde diagnose niet bevestigen c.q. objectiveren. Hij merkt daarbij op dat de klachtenpresentatie niet per se hoeft te duiden op ernstige psychopathologie. Daarbij verwijst hij naar de verhoogde score op de validiteitstesten. De bevindingen van de psychiater lijken de bevindingen van de verzekeringsarts in 2015 te ondersteunen en zelfs af te vlakken. De psychiater geeft immers slechts lichte beperkingen af op persoonlijk en sociaal terrein. Bij het onderzoek in november 2017 door een vierde verzekeringsgeneeskundige is de situatie ernstig verslechterd en zelfs schrijnend te noemen.

De diverse rapportages wekken de indruk dat Consument bij de achtereenvolgende beoordelingen steeds meer klachten presenteert. Of dit wordt ingegeven door een verergering van de ziekte of door toenemende aggraving is de vraag. Maar ook als de afwisseling van ernst in de symptomatologie voortkomt uit aggraving, dan nog kan dit passen bij een aanpassingsstoornis, aldus de psychiater.

- 4.4 De verzekeringsarts heeft naar het oordeel van de Commissie in 2015 goed onderbouwd aangegeven waarom hij geen beperkingen stelt voor concentratiestoornissen en geen urenbeperking geeft. Zijn visie wordt ondersteund door de rapportage van de expertiserend psychiater van 21 augustus 2017. De situatie was ten tijde van de psychiatrische expertise in 2017 niet verschillend van die in 2015. De expertisearts lijkt zelfs een minder ernstig beeld te schetsen. Waarschijnlijk komt dit mede omdat de psychiater meent dat veel van de klachten niet zijn te objectiveren en dus ook niet in beperkingen kunnen worden gehonoreerd. Enkele maanden later treft de verzekeringsarts een heel andere situatie aan. De toename van de klachten kan dan goed worden verklaard door de veranderde sociale omstandigheden in combinatie met de passieve coping van Consument.
- 4.5 Van een consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt. Consument heeft in dit geval tegenover de rapportage van de verzekeringsarts uit 2015 en de rapportage van de expertiserend psychiater uit augustus 2017 alleen een stuk uit de curatieve sector gesteld; een behandelplan van de behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige van 4 mei 2016. Een stuk waarin overigens ook de expertiserend psychiater inzage heeft gehad.

De medisch adviseur/verzekeringsarts van Verzekeraar heeft bij deze verpleegkundig specialist informatie ingewonnen en is op grond daarvan tot de conclusie gekomen dat de verzekeringsarts die de herbeoordeling in 2015 heeft verricht ten behoeve van zijn oordeelsvorming eveneens de beschikking had over de gegevens van de verpleegkundig specialist en dat zijn bevindingen tijdens zijn onderzoek consistent waren met de bevindingen van de behandelaar. De Commissie komt dan ook tot de conclusie dat geen argumenten aanwezig zijn om de rapportage van de verzekeringsarts uit 2015 en de rapportage van de expertiserend psychiater uit 2017 terzijde te schuiven.

- 4.6 De slotsom is dat op basis van hetgeen Consument daartoe heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van de constatering en conclusies in de rapporten van de verzekeringsarts en de expertiserend psychiater. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat de mate van arbeidsongeschiktheid in de periode 24 februari 2015 tot 30 november 2017 57,93% was. Niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door geen aanvullende uitkering over genoemde periode te verstrekken. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.
- 4.7 Nu het materiële, inhoudelijke verweer van Verzekeraar doel treft, laat de Commissie het formele verweer inzake de niet tijdige indiening van de klacht verder onbesproken.
- 4.8 De Commissie merkt tot slot nog op dat het in de particuliere arbeidsongeschiktheidsbranche vrij gebruikelijk is om een medisch advies op stukken te geven, mits goed onderbouwd en beargumenteerd. De door de medisch adviseur/verzekeringsarts van Verzekeraar gegeven adviezen zijn helder en consistent.

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/in-beroep-gaan-bij-kifid.

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.