

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2021-0478
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, mr. A. Westerveld,
leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 27 december 2019
Ingediend door : De consument
Tegen : Achmea Schadeverzekeringen N.V. (h.o.d.n. Centraal Beheer), gevestigd te Apeldoorn,
verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak : 28 mei 2021
Aard uitspraak : Bindend advies
Uitkomst : Vordering toegewezen

Samenvatting

Schending precontractuele mededelingsplicht bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft psychische klachten. Nadat de verzekeraar is gaan uitkeren, heeft hij zich op het standpunt gesteld dat de consument bij de aanvraag van de verzekering heeft nagelaten om melding te maken van zijn psychische klachten en daarom heeft de verzekeraar alsnog vanaf de ingangsdatum van de verzekering een uitsluitingsclausule voor deze klachten geplaatst. De verzekeraar baseert dit standpunt op de verklaringen van de consument en de omstandigheid dat hij de belastende voorgeschiedenis uit de anamnese in het expertiserapport niet en andere punten wel heeft gecorrigeerd. De commissie is van oordeel dat wat de verzekeraar aan de consument verwijt niet is komen vast te staan. Vordering toegewezen.

I. De procedure

- I.1 De commissie beslist op basis van haar 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; 5) de aanvulling daarop van de consument; 5) de dupliek van de verzekeraar; 6) de aanvulling daarop van de verzekeraar; 7) de aanvullende reacties van de consument en 8) de reactie daarop van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 24 maart 2021. De consument heeft digitaal deelgenomen en de verzekeraar is aldaar verschenen.
- I.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument, geboren in 1966, heeft bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De ingangsdatum van de verzekering is 17 november 2006. Bij de aanvraag van de verzekering heeft de consument op 23 oktober 2006 een gezondheidsverklaring ingevuld en ondertekend en daarbij het hokje bij vraag 4B niet aangekruist.

2.2 Vraag 4B van de gezondheidsverklaring luidt als volgt:

“4 Medische gegevens

Lijdt u of heeft u geleden aan een of meer van de volgende aandoeningen, ziekten en/of gebreken (hier vallen ook klachten onder)?

LET OP!

U moet een rubriek aankruisen als u:

- een huisarts, hulpverlener of arts heeft geraadpleegd;
- opgenomen bent geweest in het ziekenhuis, sanatorium, psychische inrichting of andere verpleeginrichting;
- geopereerd bent;
- nog medicatie gebruikt of medicatie heeft gebruikt;
- nog onder controle staat.

B aandoeningen of klachten van psychische aard zoals depressie, overspannenheid, overwerktheid, slapeloosheid, burnout?”

2.3 In de loop van 2017 heeft de consument zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege psychische klachten (depressie). De verzekeraar heeft de claim vanaf 30 juli 2017 in behandeling genomen en is gaan uitkeren. Per 27 oktober 2019 heeft de consument ook voor fysieke klachten geclaimd.

2.4 Op 7 juni 2019 heeft een psychiatrische expertise plaatsgevonden. In zijn rapport van 29 juli 2019 schrijft de psychiater onder het kopje “Psychiatrische voorgeschiedenis” onder meer: “Diverse kortdurende gespreksbehandelingen van 5-6 zittingen/keer (1995; 1998; 2003) bij psychologen voor klachten van angsten en depressie.” Onder het kopje “Samenvatting en beschouwing” schrijft hij dat de psychiatrische voorgeschiedenis diverse kortdurende gespreksbehandelingen vermeldt (1995; 1998; 2003) voor klachten van angsten en depressie. Na een beschrijving van de klachten waarvoor de consument zich arbeidsongeschikt heeft gemeld komt hij tot de conclusie: “depressieve stoornis, recidiverend, matig”.

- 2.5 De consument heeft inzage gehad in het expertiserapport van de psychiater en op diverse punten correcties aangebracht. De consument heeft de voorgeschiedenis niet gecorrigeerd.
- 2.6 In een rapport van 27 augustus 2019 overweegt de medisch adviseur van de verzekeraar dat duidelijk is geworden dat sprake is van recidiverende psychische klachten en dat in geval van recidiverende psychische klachten een duidelijk verhoogde kans op het opnieuw ontstaan van psychische klachten bestaat. Het verhoogde risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid kan met een clause tot een normaal risico worden teruggebracht. Hij stelt dat als hij in oktober 2016 met alle feiten bekend was geweest, hij de volgende clause zou hebben geadviseerd: “Geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten, aandoeningen en/of oorzaken”. Deze beperkende bepaling voor psychische klachten zou niet voor een herbeoordeling in aanmerking komen.
- 2.7 Bij brief van 27 september 2019 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat uit de gegevens die bekend zijn geworden bij de psychiatrische expertise is gebleken dat de consument zijn mededelingsplicht heeft geschonden. De verzekeraar heeft daarom alsnog een clause op de polis geplaatst dat vanaf 17 november 2006 geen recht op uitkering bestaat bij arbeidsongeschiktheid verband houdend met psychische klachten, aandoeningen en/of oorzaken. De psychische klachten waarvoor de consument een beroep deed op zijn verzekeringsdekking vallen onder deze clause. De consument hoeft de genoten uitkering evenwel niet terug te betalen omdat er per 27 oktober 2019 (aanvang fysieke klachten) geen goede scheiding te maken is tussen de fysieke en de psychische klachten.
- 2.8 Met een e-mail van 9 oktober 2019 heeft de consument – voor zover relevant – als volgt gereageerd op het standpunt van de verzekeraar en verzocht om de uitkering met terugwerkende kracht voort te zetten:

“U noemt de jaren 1995, 1998 en 2003. Ik kan het mij niet herinneren maar ik zal ongetwijfeld deze jaartallen hebben genoemd. Omdat de psycholoog ook (een indicatie van) de jaren wilde, heb ik lukraak een aantal jaren genoemd. Het was in elk geval zeer lang geleden en de genoemde jaartallen zijn een gissing geweest. Zelfs het aantal keren zou niet kunnen kloppen. Eerder twee keer dan drie keer. Nu ik er verder over heb nagedacht denk ik zelfs dat het voor het jaar 2000 speelde.

Het ging niet om klachten van depressieve aard, maar om angsten. Ik heb daarvoor een aantal gesprekken gehad met een psycholoog, dat was de eerste keer in 1995 (als dat jaar dus juist is). Omdat er klachten bleven doorsudderen, heb ik na een tijd (een jaar of enkele jaren later) het er nog een keer met de huisarts over gehad maar heb ik er verder geen behandeling meer voor gehad. Na een tijdje heb ik met de angsten kunnen omgaan en heb ik er sinds, ik schat, het jaar 2000 geen last meer van gehad.

Ook nu niet. De aanleiding van mijn claim in 2017 was neerslachtigheid (naar later bleek depressie) die al jaren ervoor langzaam maar zeker steeds duidelijker werd. Pas toen het echt te gortig werd en mijn werk er zodanig onder leed dat ik niet meer functioneerde, heb ik een beroep gedaan op mijn arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Vanwege mijn ziekte, ben ik niet heel scherp. Misschien kunt u zich dat voorstellen. Dat ik u nu schriftelijk benader en niet telefonisch contact heb gezocht heeft daarmee te maken. Ik moet er echt voor gaan zitten om mijn gedachten op een rij te kunnen zetten en me te uiten. Telefonisch zou het teveel voor me worden en zou ik mogelijk niet alles hebben gezegd of kunnen zeggen wat ik had gewild. Tijdens het gesprek met Psyon, waaraan ik volledige medewerking heb verleend en een open boek was (zoals ik altijd ben), heb ik zo goed als mogelijk antwoord gegeven, maar de scherpste ontbrak, ook bij het doornemen van het rapport was daar sprake van. Dat ik niet de jaartallen heb gecorrigeerd, heeft daar ook mee te maken, buiten het feit dat het eigenlijk te lang geleden is om preciezer te zijn. Zelfs voor een gezond persoon zou het waarschijnlijk een kwestie van natte vingerwerk geweest zijn. Ik vind dat u daar te weinig rekening mee hebt gehouden. Ik ben ziek en ja, natuurlijk uit zich dat op verschillende manieren. (...)”

- 2.9 De verzekeraar is bij zijn standpunt gebleven en daarom heeft de consument zijn klacht ingediend.

De klacht en vordering

- 2.10 De consument vordert dat de verzekeraar de uitkering vanaf 1 oktober 2019 voortzet, met toekenning van wettelijke rente vanaf 1 oktober 2019. Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de consument de volgende argumenten aangedragen.
- 2.11 Bij de psychiatrische expertise werd de consument naar zijn psychiatrische voorgeschiedenis gevraagd. De consument heeft toen aangegeven dat hij niet meer wist wanneer hij voor angsten is behandeld. De consument is nooit eerder voor depressie behandeld. Op verzoek heeft de consument lukraak een aantal jaren genoemd als schatting. Hij wist ook niet meer hoe vaak hij bij de huisarts voor angstklachten is geweest. Het was ongeveer 18 tot 25 jaar geleden. De consument heeft navraag gedaan bij zijn huisarts. De huisarts heeft verklaard dat de consument vóór 2007 nooit eerder met psychische klachten bij hem is geweest en dat de consument sinds 1996 bij hem in de praktijk staat ingeschreven. De consument is nooit zonder verwijzing van de huisarts naar een psycholoog geweest.
- 2.12 De consument heeft bij het invullen van de gezondheidsverklaring niet beseft dat angsten ook onder klachten van psychische aard vallen en bij het invullen van de gezondheidsverklaring had hij ook al jaren geen last meer van de klachten. De vraag op de gezondheidsverklaring is niet volledig. Als de term angst of angstklachten bij vraag 4B had gestaan dan had de consument deze vraag aangekruist.

- 2.13 Als de jaartallen zouden kloppen die de consument bij de expertise heeft genoemd, dan is geen sprake van recidive omdat er zoveel tijd zit tussen de huidige klachten en de angstklachten. Bovendien heeft de consument nooit meer angstklachten gehad.
- 2.14 De consument heeft ADD. Dit is na het afsluiten van de arbeidsongeschiktheidsverzekering geconstateerd. Een gevolg van ADD kunnen angstklachten zijn. Daarnaast kan ADD er ook voor zorgen dat de consument niet heel secuur is geweest bij het verstrekken van informatie tijdens de psychiatrische expertise. Tijdens het gesprek is de consument op enig moment zijn concentratie verloren en ontbrak het hem aan scherpzinnigheid.
- 2.15 Gelet op de fouten die de consument direct uit het expertiserapport heeft gehaald blijkt dat de psychiater niet secuur is geweest bij het opstellen van het rapport.

Het verweer

- 2.16 Verzekeraar heeft de volgende verweren gevoerd.
- 2.17 De consument is zijn mededelingsplicht niet (volledig) nagekomen door vraag 4B op de gezondheidsverklaring niet juist te beantwoorden. De consument had bij de aanvraag van de verzekering al een uitgebreide geschiedenis met klachten van psychische aard. De verzekeraar heeft daarom terecht de uitkering gestopt en alsnog een clause op de polis geplaatst vanaf de ingangsdatum van de verzekering. Voor de verzekeraar is het niet relevant wanneer de consument voor het laatst angstklachten heeft gehad. Omdat het om recidiverende klachten met een hoog risico gaat, bestaat geen recht op herbeoordeling. De verzekeraar is van mening dat hij het acceptatiebeleid hanteert van de gemiddelde redelijk handelend verzekeraar. Ter onderbouwing van die stelling heeft de medisch adviseur de casus voorgelegd aan dr. [naam], een medisch adviseur die werkzaam is voor diverse verzekeraars. Dr. [naam] onderschrijft het standpunt van de verzekeraar.
- 2.18 Volgens de medisch adviseur van de verzekeraar is het niet aannemelijk dat de consument lukraak jaartallen heeft genoemd omdat hij ook voor somatische aandoeningen data heeft genoemd. Bovendien heeft de consument op allerlei andere punten nauwgezette correcties gegeven na inzage. Overigens zijn de exacte data niet relevant, maar wel dat het om recidiverende klachten en behandelingen ging in drie verschillende periodes voorafgaand aan de ingangsdatum van de verzekering. In het expertiserapport van de psychiater staat dat de consument kortdurende behandelingen (5 á 6 zittingen) bij een psycholoog heeft gehad. Deze behandelingen hoeven niet via een huisarts te worden aangevraagd en daarom zijn de verklaringen van de huisarts van de consument niet relevant. Omdat het om oude informatie gaat, zal de verzekeraar de informatie niet boven water kunnen krijgen.

Dat de consument klachten heeft gehad, blijkt ook uit de omstandigheid dat hij dit meerdere keren heeft verklaard.

- 2.19 De medisch adviseur van de verzekeraar kan zich niet voorstellen dat de consument door de ADD lukraak vragen zal invullen of beantwoorden. ADD zorgt voor een verhoogde afleidbaarheid, maar niet dat de persoon die hieraan lijdt antwoorden gaat verzinnen. In het gesprek kan er iets vergeten zijn. De procedure van inzage en correctie geeft de mogelijkheid om dit dan te corrigeren. Bovendien was de aandacht volgens de psychiater tijdens de expertise niet gestoord.

Tijdens de zitting

- 2.20 Tijdens de zitting heeft de consument uitgelegd waar de angstklachten uit bestonden. In de periode van 1993 tot 1999 was de consument in loondienst en zat hij in een traject om hogerop te komen. In die periode had de consument moeite met bepaalde taken, zoals het leiden van vergaderingen. Volgens de consument heeft hij destijds via zijn werk 3 á 4 gesprekken met een coach gehad, die mogelijk ook psycholoog was. De consument heeft in zijn eerdere verklaring geschreven dat zijn klachten bleven *doorsudderen*. Hiermee heeft de consument volgens eigen zeggen bedoeld dat hij bepaalde onderdelen van het werk eng bleef vinden. De consument heeft geleerd dat werk in loondienst niets voor hem was en is vanaf 2000 voor zichzelf begonnen.
- 2.21 In 2008 heeft de consument zich tot zijn huisarts gewend, nadat hij ongeveer een jaar lang klachten had. De huisarts heeft destijds mogelijk medicijnen voorgeschreven om rustig te blijven. Wellicht oxazepam. De consument had na de geboorte van zijn dochters in 2007 en 2008 paniekerige gedachten waardoor hij soms wel drie keer per dag de dagopvang belde. De consument denkt dat hij altijd al angstig is geweest en dat de geboorte van zijn eerste dochter dit heeft versterkt.

3. De beoordeling

- 3.1 Aan de orde is de vraag of de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden.
- 3.2 De commissie zal bij de beoordeling van de klacht van de consument uitgaan van de hiernavolgende regels.
- 3.3 Op grond van artikel 7:928 lid 1 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) is een verzekeringnemer verplicht om bij het sluiten van een verzekering:
- relevante feiten (feiten die van belang zijn of kunnen zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar);

- die hij kent of behoort te kennen;
 - en waarvan hij het belang van mededeling aan de verzekeraar begrijpt of behoort te begrijpen;
- aan de verzekeraar mede te delen.

- 3.4 Als een verzekering is gesloten met gebruikmaking van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, wat in deze zaak het geval is, geldt op grond van lid 6 van artikel 7:928 BW het volgende:
- heeft de verzekeringnemer een vraag op de vragenlijst van de verzekeraar onbeantwoord gelaten (de verzekeringnemer heeft bij een vraag niets ingevuld) en heeft de verzekeraar de verzekeringsaanvraag toch geaccepteerd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de vraag ten onrechte onbeantwoord is gebleven;
 - heeft de verzekeraar op de vragenlijst niet naar bepaalde feiten gevraagd, dan kan de verzekeraar niet later aanvoeren dat de verzekeringnemer de desbetreffende feiten niet heeft medegedeeld;
 - heeft de verzekeringnemer een open slotvraag op de vragenlijst (bijvoorbeeld: 'Heeft u verder nog iets mede te delen?') onjuist of onvolledig beantwoord, dan kan de verzekeraar zich daar niet op beroepen.
- 3.5 Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Dit volgt uit uitspraken van de Hoge Raad: HR 13 september 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2135, overweging 3.3.3 en HR 20 december 1996, ECLI:NL:HR:1996:ZC2235, overweging 3.7.
- 3.6 Bij de beoordeling welke betekenis de verzekeringnemer moest toekennen aan de hem door de verzekeraar voorgelegde vragen, moeten de vragen ook worden gelezen in hun onderling verband en samenhang. Zie HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
- 3.7 Als de verzekeraar naar een bepaald feit gevraagd heeft, heeft de verzekeraar daarmee aan de verzekeringnemer duidelijk gemaakt dat hij in het betreffende feit geïnteresseerd is. Met andere woorden, de verzekeringnemer mag aannemen dat de vragen op de vragenlijst zien op informatie die relevant is voor de verzekeraar. Zie ook hiervoor HR 15 mei 1998, ECLI:NL:HR:1998:ZC2653, overweging 3.3.
- 3.8 Een onjuiste of onvolledige invulling van de vragenlijst bij het sluiten van de verzekering kan ertoe leiden dat de verzekeraar zich er in een later stadium op beroept dat hij – als hij bij het sluiten van de verzekering op de hoogte zou zijn geweest van de juiste stand van zaken – de verzekering slechts tegen een hogere premie, tegen een lagere verzekerde som of onder bepaalde voorwaarden zou zijn aangegaan (artikel 7:930 lid 3 BW).

Ook is mogelijk dat de verzekeraar aanvoert dat hij de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben (zie artikel 7:930 lid 4 BW). Als de verzekeraar erin slaagt dit te bewijzen, kan dit nadelige gevolgen hebben voor het recht op uitkering van de tot uitkering gerechtigde.

- 3.9 Als de verzekeraar aanvoert dat hij met kennis van de juiste stand van zaken ten tijde van het sluiten van de verzekering een hogere premie zou hebben gevraagd, een lagere verzekerde som zou hebben bedongen, andere verzekeringsvoorwaarden zou hebben bedongen of de verzekering helemaal niet gesloten zou hebben, komt het aan op de vraag of een redelijk handelend verzekeraar dit ook zou hebben gedaan. Als uitgangspunt geldt dus een toetsing aan het acceptatiebeleid van de redelijk handelend verzekeraar. Zie het arrest van de Hoge Raad van 5 oktober 2018, ECLI:NL:HR:2018:1841, vanaf overweging 3.4.1, te vinden op rechtspraak.nl.

Waarop baseert de verzekeraar zich?

- 3.10 De verzekeraar baseert zijn standpunt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden op de verklaring van de consument aan de expertiserend psychiater dat hij in 1995, 1998 en 2003 korte gespreksbehandelingen heeft gehad met een psycholoog voor angstklachten en depressie. Volgens de verzekeraar mag hij op deze informatie afgaan, omdat de consument het expertiserapport op een aantal punten heeft gecorrigeerd, maar de voorgeschiedenis niet. Daarnaast heeft de consument vaker verklaard dat hij klachten had en gaat het om oude informatie die de verzekeraar niet meer boven water zal kunnen krijgen en dus niet meer op een andere manier bevestigd kan krijgen.

Deze basis is onvoldoende

- 3.11 De commissie is van oordeel dat de verzekeraar hiermee niet voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de consument zijn precontractuele mededelingsplicht heeft geschonden. De commissie zal dit hierna uitleggen.
- 3.12 Dat angstklachten klachten van psychische aard zijn, onderschrijft de commissie. Angstklachten dienen bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering gemeld te worden omdat zij gepaard kunnen gaan met sociaal disfunctioneren en overmatige medische consumptie en omdat zij het risico op het krijgen van een angststoornis vergroten. Angststoornissen gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te scheiden. De medisch adviseur van de verzekeraar merkt terecht op dat bij recidiverende psychische klachten in de voorgeschiedenis, een duidelijk verhoogde kans op het opnieuw ontstaan van psychische klachten bestaat en daarmee op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid. Een hierdoor verhoogd risico op het ontstaan van arbeidsongeschiktheid pleegt met een clause te worden genormaliseerd.

- 3.13 In de zaak van de consument, die zelf steeds gesproken heeft en nog steeds spreekt over 'angstklachten', is echter niet vast komen te staan wat de aard en de ernst van de klachten is geweest. De consument heeft desgevraagd op de zitting toegelicht dat hij het eng vond om in het openbaar te spreken en dat hij om die reden door zijn toenmalige werkgever een coachingstraject aangeboden heeft gekregen. Onderliggende stukken ontbreken echter. Het gaat om klachten van lang geleden, waarnaar door de verzekeraar geen onderzoek is gedaan. De verzekeraar gaat ervan uit dat de benodigde informatie toch niet meer te achterhalen valt en neemt in plaats daarvan de niet door consument gecorrigeerde, anamnestiche verklaring dat hij in 1995, 1998 en 2003 voor klachten van angsten en depressie behandeld is, als feit aan. Van klachten van depressieve aard, die zich al voor het sluiten van de verzekering hadden voorgedaan, is in het geheel niet gebleken. De uitleg door de consument van zijn toen wel aanwezige of eerder aanwezige angstklachten, is zeker niet ondenkbaar. Het standpunt van de verzekeraar dat er meer aan de hand moet zijn geweest, kan niet uitsluitend worden gebaseerd op de genoemde anamnestiche verklaring van de consument, ook al omdat die verklaring helemaal niet specifiek is over aard en intensiteit van de angstklachten. En meer heeft de verzekeraar niet aan zijn standpunt ten grondslag gelegd.
- 3.14 De lichtheid van de problematiek die wel vast is komen te staan, namelijk de angst om in het openbaar te spreken, maakte dat de consument niet hoefde te begrijpen dat de melding daarvan voor de verzekeraar van belang was. Gelet op het vorenstaande komt de commissie tot de conclusie dat het beroep van de verzekeraar op de schending van de mededelingsplicht niet opgaat. Dit brengt mee dat de verzekeraar niet gerechtigd was met terugwerkende kracht een uitsluitingsclausule voor psychische klachten op de polis te plaatsen, omdat aan deze bevoegdheid pas wordt toegekomen, als is vastgesteld dat er sprake is van schending van de precontractuele mededelingsplicht ex art. 7:928 BW.

Slotsom

- 3.15 De conclusie is dat de verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraar dient de uitsluitingsclausule te verwijderen en de uitkering per de datum van beëindiging (1 oktober 2019) te hervatten en te vermeerderen met de wettelijke rente. De verzekeraar is gerechtigd om de nog verschuldigde premie na te heffen.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de verzekeraar binnen vier weken na de dag waarop een afschrift van deze beslissing aan partijen is verstuurd, de clausule voor psychische klachten van de verzekering verwijderd en de uitkering hervat per 1 oktober 2019. De verzekeraar dient daarbij ook wettelijke rente vanaf 1 oktober 2019 te vergoeden.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.