

Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2023-0289

(prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. S.W.A. Kelterman,
mr. drs. E.G. van der Jagt, arts, leden en mr. F.M.M.L. Fleskens, secretaris)

Datum uitspraak	6 april 2023
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Niet-bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een claim ingediend wegens aan spanning gerelateerde klachten. Zij vordert een aanvullende uitkering onder de verzekering. De consument meent dat de verzekeraar een toezegging heeft gedaan die hij niet is nagekomen. Daarnaast stelt zij zich op het standpunt dat zij is verzekerd voor arbeidsongeschiktheid door ziekte en dat zij een ziekte heeft. De verzekeraar betwist de stellingen van de consument. De commissie stelt vast dat de verzekeraar heeft toegezegd drie maanden uitkering minus één maand eigen risico uit te betalen en dat hij dat heeft gedaan. De commissie oordeelt dat het begrip ziekte wel onder de dekking van de verzekering valt, maar dat bij de consument geen ziekte volgens de verzekeringsvoorwaarden is vastgesteld. Zij wijst de vordering daarom af.

I. Procedure

- I.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) de namens de consument ingediende klachtbrief; 2) de namens de consument ingediende aanvullende stukken; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de namens de consument ingediende repliek en 5) de dupliek van de verzekeraar.
- I.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 20 januari 2023. Op de hoorzitting werd de consument vertegenwoordigd door mr. S.G.C. van Ingen. De consument was zelf niet aanwezig. Namens de verzekeraar waren aanwezig mr. [naam 1], advocaat, mr. [naam 2], advocaat en drs. [naam 3], medisch adviseur.
- I.3 De consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar niet aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

- 2.1 Op 11 maart 2010 heeft de consument bij de verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten met als verzekerd beroep dames-herenkapster. Vanaf 11 maart 2021 is de verzekering gewijzigd. Volgens het polisblad geeft de verzekering dekking voor 'Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen'. Het verzekerde bedrag is zowel in het eerste jaar als daarna € 28.983,- per jaar. Voor uitkering moet minimaal sprake zijn van 25 % arbeidsongeschiktheid. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden hebben nummer 1450.
- 2.2 Met ingang van 9 april 2021 heeft de consument zich bij de verzekeraar arbeidsongeschikt gemeld vanwege overspannenheid. De verzekeraar heeft de consument bij brief van 12 mei 2021 geïnformeerd dat hij op basis van de informatie van de consument voorlopig uitgaat van 100% arbeidsongeschiktheid en dat een eigenrisicotermijn van 30 dagen geldt. Verder vermeldt de brief dat de verzekeraar pas duidelijkheid kan geven of de consument vanaf 9 mei 2021 recht heeft op uitkering nadat hij het medisch advies heeft ontvangen.
- 2.3 In haar advies van 18 juni 2021 is de medisch adviseur van de verzekeraar op basis van informatie van de behandelaars van de consument tot de conclusie gekomen dat bij de consument sprake is van aan spanning gerelateerde klachten, maar dat er geen aanwijzingen zijn voor een daadwerkelijke psychische stoornis of lichamelijke aandoening als oorzaak van de klachten. Bij afwezigheid van een medisch objectiveerbare stoornis is volgens de medisch adviseur geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.4 Bij brief van 1 juli 2021 heeft de verzekeraar bevestigd wat hij ook al mondeling aan de consument had verteld, namelijk dat volgens de medisch adviseur geen sprake was van arbeidsongeschiktheid in de zin van de verzekeringsvoorwaarden en dat de consument geen recht heeft op uitkering. De brief vermeldt verder, voor zover relevant:

“Wel willen wij u graag ondersteunen met een traject via provider Condite en u tegemoet komen met een tijdelijke uitkering van drie maanden.

Uw uitkering

Deze preventieve uitkering is gebaseerd op 100 procent van het verzekerde bedrag. Ik start de uitkering voor u op. U heeft een eigenrisicotermijn van 30 dagen. Dat betekent dat u een uitkering ontvangt van twee maanden. U ontvangt de eerste uitkering over ongeveer 10 dagen op uw rekening.”

- 2.5 Bij brieven van 24 augustus en 14 september 2021 heeft ARAG namens de consument bezwaar aangetekend tegen het standpunt van de verzekeraar.

Dit bezwaar komt er in de kern op neer dat bij de consument sprake is van een ziekte en dat zij daarvoor verzekerd is en dat de toegezegde uitkering van drie maanden nog niet was verstrekt.

- 2.6 Bij brief van 4 oktober 2021 heeft de verzekeraar op het bezwaar gereageerd en uitgelegd dat sprake dient te zijn van beperkingen die medisch objectief vast te stellen zijn en derhalve moeten samenhangen met een ziekte of een ongeval. De klachten van de consument kwalificeren echter niet als een ziekte. Om de consument de gelegenheid te bieden gericht met haar klachten aan de slag te gaan heeft de verzekeraar op 2 juli 2021 drie maanden uitkering verstrekt minus de eigenrisicotermijn van 30 dagen.
- 2.7 Hierna zijn partijen het erover eens geworden dat een psychiatrische expertise diende te worden uitgevoerd. Voor het overige zijn zij bij hun eerder ingenomen standpunten gebleven.
- 2.8 Op 7 januari 2022 heeft op verzoek van de verzekeraar een psychiatrisch expertise-onderzoek plaatsgevonden, waarvan op 7 februari 2022 het definitieve rapport is opgesteld. De beschouwing in het rapport vermeldt onder andere het volgende:
- “Ondanks doorvragen van onderzoeker blijven de klachten te weinig specifiek en voldoen niet aan de drie hoofdkenmerken van burn-out, namelijk uitputting, cynisme en minder zelfvertrouwen (Schaufeli e.a.). Ook is er sprake van verhoogde suggestibiliteit (met name ten aanzien slaap en concentratie) hetgeen de beoordeling van de ernst der klachten minder betrouwbaar maakt. Samengevat zijn er bij dit expertise onderzoek onvoldoende argumenten gevonden om te kunnen spreken van een ziekte of stoornis op mijn vakgebied (dat wil zeggen geen syndromale diagnose). Ook voldoen de klachten niet aan de classificatie criteria van de DSM -5 (zie NED- Editie 2017) Men kan bij betrokkene wel spreken over werk gerelateerde stress die al wat langer bestond (zie klachten periode 2019) en heeft geleid tot wat men noemt overspannenheid . (Werk stress en overspannenheid hebben een duidelijke relatie tot ervaren stress op het werk)”*
- 2.9 Met een advies van 24 februari 2022 heeft de medisch adviseur het expertiserapport beoordeeld. Volgens haar is het rapport kwalitatief goed. Zij concludeert dat er geen grond bestaat om medische beperkingen aan te nemen, omdat de expertise arts heeft geconcludeerd dat er op basis van de onderzoeksbevindingen geen classificerende diagnose kan worden gesteld en de klachten niet aan de classificatie van DSM-5 voldoen.
- 2.10 Bij brief van 3 maart 2022 heeft de verzekeraar zich wederom op het standpunt gesteld dat voor de klachten van de consument geen recht op dekking bestaat. Hij heeft daarbij verwezen naar het medisch advies van haar medisch adviseur (zie onder 2.9). Daarnaast heeft de verzekeraar op het recht van herbeoordeling gewezen.

- 2.11 Met een e-mailbericht van 7 maart 2022 heeft ARAG bezwaar ingediend tegen het standpunt van de verzekeraar. De consument heeft geen psychische klachten, maar een burn-out. Zij heeft derhalve een ziekte of aandoening waardoor zij wordt belemmerd in haar functioneren. Volgens ARAG dient daarom een verzekeringsarts de beperkingen vast te stellen.
- 2.12 Bij brief van 17 maart 2022 heeft de verzekeraar zich tot de vertegenwoordiger van de consument gewend. Volgens de verzekeraar is een burn-out geen ziekte. Omdat de expertisearts geen classificerende diagnose kon stellen en beperkingen kon aannemen voor arbeid is geen sprake van arbeidsongeschiktheid volgens de verzekeringsvoorwaarden en is er geen recht op uitkering. Omdat er geen ziekte of aandoening is gediagnosticeerd is ook geen aanleiding om beperkingen door een verzekeringsarts te laten uitwerken. De verzekeraar heeft daarbij nogmaals op het recht op herbeoordeling gewezen.
- 2.13 Partijen hebben nog verder gecorrespondeerd over de zaak. Zij zijn evenwel bij hun standpunten gebleven en dat heeft ertoe geleid dat de consument een klacht bij Kifid heeft ingediend.

De klacht en vordering

- 2.14 De consument vindt dat de verzekeraar tekort is geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst door haar uitkering te beëindigen. Zij vordert vanaf 9 juli 2021 een uitkering op basis van 100% arbeidsongeschiktheid. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de consument - zakelijk weergegeven - het volgende aangevoerd.
- 2.15 De verzekeraar heeft toegezegd dat hij drie maanden uitkering zou betalen, maar deze toezegging is hij nimmer nagekomen.
- 2.16 De consument heeft last van spanningsklachten, overspannenheid en burn-out. Dit zijn geen psychiatrische aandoeningen. Er is geen sprake van een aandoening of afwijking, maar van een ziekte. Uit het polisblad blijkt dat de consument is verzekerd voor ongevallen en ziektes inclusief psychische aandoeningen. Een ziekte is een tijdelijke of blijvende lichamelijke of psychische aandoening die iemand belemmert in het functioneren in de breedste zin van het woord. De klachten van de consument vallen hier dus ook onder. De verzekeraar stelt ten onrechte dat sprake moet zijn van een psychische stoornis. Dit staat namelijk niet op het polisblad en in de verzekeringsvoorwaarden. De spanningsklachten en de burn-out van de consument zijn objectiveerbaar. Dit maakt dat sprake is van arbeidsongeschiktheid.
- 2.17 Bovendien is bij de consument sprake van een psychische aandoening. Zij is namelijk behandeld voor deze klachten. De ene behandelaar heeft de 4-jarige opleiding Multidimensionele Psychologie gevolgd en de andere behandelaar heeft een 4-jarige studie Toegepaste Psychologie gevolgd. Omdat de term psycholoog niet is beschermd maakt dat zij beiden als psycholoog kwalificeren.

- 2.18 De verzekeraar stelt dat meetbare afwijkingen moeten worden vastgesteld door een door de verzekeraar aangewezen arts. Dat is het geval, want de eigen medisch adviseur van de verzekeraar en de door verzekeraar aangestelde psychiater hebben beiden aangegeven dat bij de consument sprake is van overspannenheid.

Het verweer

- 2.19 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

- 3.1 De commissie ziet zich voor twee vragen gesteld. De eerste vraag is of de verzekeraar een toezegging heeft gedaan die hij niet is nagekomen. De tweede vraag betreft of de consument op basis van haar klachten recht heeft op dekking onder de verzekering.

Heeft de verzekeraar een toezegging gedaan die hij niet is nagekomen?

- 3.2 De commissie overweegt dat in de onder 2.4 geciteerde brief van 1 juli 2021 van de verzekeraar staat dat hij tijdelijk drie maanden uitkering aan de consument zal verstrekken. Daarna wordt in de brief uitgelegd dat daarop de eigenrisicotermijn van 30 dagen in mindering wordt gebracht, wat resulteert in een uitkering van twee maanden. De verzekeraar heeft met stukken onderbouwd dat hij in juli 2021 twee maandtermijnen heeft uitgekeerd aan de consument. Dat de verzekeraar naast die uitkering nog eens drie maandtermijnen zou uitkeren blijkt niet uit de stukken. De commissie kan dan ook niet vaststellen dat de verzekeraar een toezegging heeft gedaan die hij niet is nagekomen.
- 3.3 Om te beoordelen of de consument recht heeft op aanvullende uitkeringen onder de verzekering zal de commissie eerst bespreken wat tussen partijen is overeengekomen.

Wat zijn partijen overeengekomen?

- 3.4 Of de consument recht heeft op aanvullende uitkeringen onder de verzekering hangt af van wat partijen met elkaar hebben afgesproken. Het gaat in deze zaak over de vraag hoe de bepalingen in een schriftelijk contract uitgelegd moeten worden.
- 3.5 Daarvoor zijn in de uitspraken van de Hoge Raad, richtlijnen te vinden.¹

¹ Zie rechtsoverweging 3.6 van de uitspraak van de Hoge Raad: HR 25 november 2016 (ECLI:NL:HR:2016:2687), te vinden op www.rechtspraak.nl.

Deze richtlijnen houden kort samengevat in dat voor een uitleg van de voorwaarden moet worden gekeken naar alle omstandigheden die in het concrete geval tussen partijen van beslissende betekenis zijn, gewaardeerd naar wat de maatstaven van redelijkheid en billijkheid meebrengen.

- 3.6 In dit geval gaat het om de uitleg van een consumentenverzekeringsovereenkomst. Kenmerkend aan zo'n overeenkomst is dat de partijen meestal niet onderhandelen over de afspraken; die zijn simpelweg bepaald door de verzekeraar. Bij verschil van mening over de uitleg van dergelijke eenzijdig opgelegde bepalingen, geldt daarom de volgende regel. Er moet dan worden gekeken naar objectieve factoren zoals de letterlijke bewoordingen van de tekst, gelezen in het licht van de verzekeringsvoorwaarden als geheel.²
- 3.7 Verder is van belang dat verzekeraars bepalingen in consumentenovereenkomsten duidelijk en begrijpelijk moeten opstellen. Bij twijfel over de betekenis van een bepaling gaat daarom de voor de consument meest gunstige uitleg voor. Dit is de zogenoemde contra proferentem-regel, die is opgenomen in artikel 6:238 lid 2, tweede zin, Burgerlijk Wetboek (hierna 'BW').

Is ziekte verzekerd?

- 3.8 De consument stelt dat zij een ziekte heeft en dat daarvoor dekking bestaat onder de verzekering omdat dit als zodanig op het polisblad staat. De verzekeraar is het hiermee niet eens en voert aan dat het woord *ziekte* alleen doelt op de dekkingsvariant die op het polisblad is vermeld: 'Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen'. Omdat het woord *ziekte* niet terugkomt in de dekkingsomschrijving in de verzekeringsvoorwaarden bestaat volgens de verzekeraar geen recht op dekking voor arbeidsongeschiktheid door een ziekte. De commissie begrijpt hieruit dat *ziekte* alleen doelt op de naam van de verzekeringsvorm en niet op de dekking van die verzekering.
- 3.9 De commissie overweegt dat de overeenkomst tussen partijen bestaat uit het polisblad en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Op basis daarvan is de commissie van oordeel dat de lezing van de consument, dat ziekte onder de dekking valt, een redelijke is en dat deze derhalve moet worden gevolgd. Dat het begrip *ziekte* niet nader in de verzekeringsvoorwaarden is gedefinieerd of bij de uitleg van arbeidsongeschiktheid wordt benoemd doet daar niet aan af.
- 3.10 Dit neemt echter niet weg dat de arbeidsongeschiktheid van de consument moet voldoen aan de betreffende bepalingen daarover in de verzekeringsvoorwaarden.

² HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601 en HR 16 mei 2008, ECLI:NL:HR:2008:BC2793, te vinden op www.rechtspraak.nl.

Bij de definitie van *arbeidsongeschiktheid* in de verzekeringsvoorwaarden staat dat de afwijkingen medisch objectief moeten zijn vast te stellen en dat een gespecialiseerd arts een meetbare lichamelijke of psychische afwijking kan aantonen.

- 3.11 Uit artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden volgt vervolgens dat de verzekeraar die gespecialiseerde arts aanwijst of in ieder geval met de betreffende arts moet instemmen. Dit betekent dat voor de beoordeling van de vraag of sprake is van arbeidsongeschiktheid alleen relevant is de beoordeling van de door de verzekeraar aangewezen psychiater en medisch adviseur. Op basis van hun stukken is de commissie van oordeel dat de klachten van de consument onvoldoende geobjectiveerd kunnen worden, althans dat hetgeen is vastgesteld niet het niveau bereikt waardoor een ziekte of medische aandoening in de zin van de verzekeringsvoorwaarden aannemelijk is. Dat spanningsklachten zijn vastgesteld is onvoldoende specifiek, omdat de door de verzekeraar aangewezen psychiater heeft geconcludeerd dat deze klachten niet als psychische ziekte aangemerkt kunnen worden.

Ambtshalve toetsing

- 3.12 De overeenkomst die in deze klachtprocedure centraal staat is gesloten tussen de financiële dienstverlener die bedrijfsmatig handelt en een consument. In dat geval vindt ook ambtshalve toetsing plaats aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht. Het beding dat voor de beoordeling van de klacht van de consument relevant is, te weten artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden, is door de commissie getoetst en niet oneerlijk bevonden. Zie ook Hoge Raad 28 september 2018, ECLI:NL:HR:2018:1800. De commissie heeft achterwege gelaten om partijen in de gelegenheid te stellen zich hierover uit te laten, omdat de Hoge Raad reeds over dit beding heeft geoordeeld.

Herbeoordeling

- 3.13 Partijen zijn het erover eens dat de consument recht heeft op een herbeoordeling. Omdat hierover geen discussie bestaat, ziet de commissie geen aanleiding om de verzekeraar hiertoe opdracht te geven.

Slotsom

- 3.14 De slotsom is dat niet is gebleken dat de verzekeraar een toezegging heeft gedaan die hij niet is nagekomen en dat bij de consument geen ziekte objectief door een gespecialiseerd arts is vastgesteld. De vordering van de consument moet daarom worden afgewezen.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is niet-bindend. Tegen deze uitspraak staat geen beroep open bij de Commissie van Beroep Kifid. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut Financiële Dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999

Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden met nummer I450

Deel I

Wat bedoelen we met...?

Soms staan er in deze voorwaarden ingewikkelde begrippen. Deze staan schuingedrukt. Hieronder leggen we deze begrippen uit.

Arbeidsongeschiktheid

U bent arbeidsongeschikt als:

- er sprake is van een *aandoening, orgaandonatie of ongeval*;
- de bij deze *aandoening, orgaandonatie of ongeval* vastgestelde afwijkingen leiden tot beperkingen;
- *u* door deze beperkingen uw *beroepswerkzaamheden* voor minimaal de door u gekozen ondergrens niet kunt uitvoeren. Uw afwijkingen moeten medisch objectief zijn vast te stellen. Dat betekent dat een *gespecialiseerd arts* een meetbare lichamelijke of psychische afwijking kan aantonen.

9. Beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid

9.1 Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

- Als u uw verzekerde *beroepswerkzaamheden* niet of niet volledig kunt doen. Uw verzekerde beroep staat in de polis.
- Én als uw arbeidsongeschiktheidspercentage groter is dan uw *ondergrens*. Of als deze gelijk is aan de *ondergrens*.
- Én als uw arbeidsongeschiktheid rechtstreeks is veroorzaakt door het *ongeval*, de *orgaandonatie*, of een *aandoening* waarvoor u bent verzekerd.

9.2 Wie stelt vast dat u arbeidsongeschikt bent en wat u niet meer kunt?

- Hiervoor wijzen we onafhankelijke deskundigen aan. Dit kunnen gespecialiseerde artsen, arbeidsdeskundigen of andere deskundigen zijn. We vertellen u vooraf welke deskundigen we inschakelen en wat zij onderzoeken.
- Soms moet u worden onderzocht in een ziekenhuis of andere instelling. Wij kiezen dan een ziekenhuis of instelling en regelen en betalen het onderzoek.

9.3 Bent u het oneens met de beoordeling van uw arbeidsongeschiktheid?

De onafhankelijke deskundigen beoordelen of u uw *beroepswerkzaamheden* niet kunt doen, en in welke mate. We doen er alles aan om dit nauwkeurig te laten beoordelen. De beoordeling gebruiken we bij uw *re-integratie*. En bij het vaststellen van de hoogte van uw uitkering. Als u het oneens bent met de beoordeling, kunt u een paar dingen doen. Daarover leest u meer in de artikelen 9.4 t/m 9.6.

9.4 Heeft u de beoordeling al besproken met uw casemanager?

Bespreek uw ervaring eerst met uw casemanager. Die bekijkt samen met u of er een oplossing is.

9.5 Heeft u ons al een klacht over de beoordeling gestuurd?

Komt u er met uw casemanager niet uit? Dan kijken we graag voor u verder. Stuur ons dan een klacht. In artikel 14.1 leest u hoe u dat doet.

9.6 Wilt u een herbeoordeling aanvragen?

Bent u na de behandeling van uw klacht nog niet tevreden? Dan kunt u een herbeoordeling aanvragen. Bij een herbeoordeling wordt uw arbeidsongeschiktheid opnieuw vastgesteld.

- U kunt voor de herbeoordeling zelf onafhankelijke deskundigen voordragen. Hier moeten wij wel mee instemmen. Soms wordt u bij een herbeoordeling opnieuw onderzocht.
- Een herbeoordeling vraagt u aan door binnen 30 dagen na ontvangst van onze beoordeling een verzoek bij ons in te dienen. Het is belangrijk dat u uw verzoek goed onderbouwt zodat we weten waar u het precies niet mee eens bent. Mail ons uw bezwaar via mediva.schade@aegon.nl.

9.7 Wie betaalt de kosten van een herbeoordeling?

Een herbeoordeling van arbeidsongeschiktheid kan duur zijn. Gelukkig hoeft u deze niet alleen te betalen: wij betalen minimaal de helft.

- Uw bijdrage is:
 - € 250, bij een verzekerd bedrag tot € 20.000,;
 - € 350, bij een verzekerd bedrag tussen € 20.000, en € 30.000,;
 - € 500, bij een verzekerd bedrag vanaf € 30.000,.
- U betaalt deze bijdrage als voorschot. Blijkt later dat u teveel heeft betaald? Dan ontvangt u een bedrag van ons terug.
- Blijkt uit de herbeoordeling dat u recht heeft op een hogere uitkering? Dan betalen we uw bijdrage terug.
- Blijkt uit de herbeoordeling dat u geen recht heeft op een hogere uitkering? Dan betalen we uw bijdrage niet terug.

9.8 Wat gebeurt er na de uitkomst van de herbeoordeling?

Tijdens de herbeoordeling ontvangt u de diensten en uitkering die zijn vastgesteld na de eerdere beoordeling.

- Blijkt uit de herbeoordeling dat u recht heeft op een hogere uitkering? Dan betalen we de hogere uitkering met terugwerkende kracht uit.
- Blijkt uit de herbeoordeling dat u recht heeft op een lagere uitkering? Dan moet u het te veel ontvangen bedrag terugbetalen.
- De uitkomst van de herbeoordeling is beslissend. U kunt daarna niet nog een bezwaar bij ons indienen. U kunt wel een klacht indienen bij het Kifid. Hoe u dat doet, leest u in artikel 14.2.