



Définitions :

Qui désignons – nous par ... ?

Vous : la personne qui souscrit le contrat.

Assuré : la personne sur qui repose le risque.

Bénéficiaire : toute personne à qui les prestations sont dues en vertu du contrat ; l'assuré est le bénéficiaire de toutes les prestations à l'exception de celles qui sont dues en cas de décès.

Nous : BDM NV (est le nom commercial de Bracht, Deckers & Mackelbert NV). BDM NV agit comme agent indépendant pour les assureurs énumérés dans les conditions particulières.

Article 1 – Que garantissons – nous par ce contrat ?

Suivant le choix que vous avez fait et qui est exprimé en conditions particulières nous garantissons tout ou partie des prestations décrites à l'article 7 lorsqu'un accident frappe l'assuré et entraîne :

- une invalidité permanente ;
- une incapacité temporaire de travail
- une hospitalisation
- le décès ;
- des frais de traitement

Article 2 – Qu'entendons – nous par accident ?

L'accident est l'atteinte à l'intégrité physique provoquée par un événement soudain.

Dès l'instant où nous sont apportées la preuve d'un événement soudain et celle d'une atteinte à l'intégrité physique, nous admettons, sauf preuve contraire dont la charge nous incombe, que l'atteinte à l'intégrité physique est la conséquence de l'événement soudain.

Nous considérons aussi comme accident :

- une atteinte à l'intégrité physique due à l'inhalation involontaire de gaz ou de vapeurs, ou à l'absorption par méprise de substances toxiques ;
- une maladie qui est la conséquence directe d'un accident garanti ;
- une noyade ;
- une participation à des opérations de sauvetage de personnes ou de biens en péril.

Article 3 – Quelle est l'étendue de l'assurance ?

L'assurance est valable dans le monde entier.

Selon le choix que vous avez fait et qui est exprimé en conditions particulières, elle s'étend :

- soit à la vie entière :
l'assurance est d'application pour tout accident survenant à l'assuré dans l'exercice de la profession que vous nous avez déclarée ou dans le cours de sa vie privée ;
- soit à la vie privée :
le contrat est d'application pour tout accident atteignant l'assuré au cours de sa vie privée, à l'exclusion des accidents professionnels quels qu'ils soient et notamment ceux entraînant l'application de la législation sur la réparation des accidents du travail.
Notre intervention est cependant acquise lorsque l'assuré est victime d'un accident sur le chemin du travail, sauf pour les indemnités journalières liées à l'incapacité temporaire de travail et à l'hospitalisation.

Article 4 - Y a-t-il assurance pour

- Le service militaire

Nous maintenons toutes les garanties souscrites si l'assuré est appelé sous les drapeaux pour une période dont la durée prévue n'excède pas 60 jours. S'il est prévu que cette période doit dépasser 60 jours, la garantie souscrite pour le cas de décès de l'assuré est également maintenue.

Par contre, l'invalidité permanente, l'incapacité temporaire de travail, l'hospitalisation et les frais de traitement ne donneront lieu au paiement des prestations que si l'accident est sans aucune relation avec le service militaire actif, que cet accident survienne pendant ou après les 60 premiers jours d'appel sous les drapeaux.

- Les voyages aériens

Notre garantie s'étend aux accidents survenant à l'assuré alors qu'il utilise, comme passager, un appareil de navigation aérienne.

Par contre, nous ne versons pas de prestation si l'accident survient à l'assuré lorsqu'il utilise, tant dans l'aviation civile que dans l'aviation militaire, un appareil de navigation aérienne en qualité de pilote, d'élève-pilote ou de membre du personnel de bord.

- La piraterie aérienne

Les garanties souscrites sont acquises à l'assuré victime d'un accident au cours d'une action de piraterie aérienne (détournement de l'appareil, introduction de matières dangereuses dans celui-ci, violences commises par des personnes se trouvant à bord, prise d'otage dans l'appareil ou dans l'enceinte de l'aérodrome) même si cette action est en relation avec un état de guerre, mais à la condition que la Belgique ne soit pas en état de guerre depuis plus de 48 heures.

Les garanties sont maintenues pendant :

- la captivité consécutive à l'action de piraterie ;
- l'hospitalisation qui est nécessitée par l'action de piraterie et qui doit avoir lieu avant que l'assuré puisse reprendre son voyage vers sa destination première ou entamer un voyage pour regagner son domicile ;
- l'un des voyages ci-dessus définis pour autant qu'il commence immédiatement après la fin de la captivité ou de l'hospitalisation.

Si le contrat vient à prendre fin après l'action de piraterie aérienne, les garanties sont prolongées gratuitement pendant la captivité, l'hospitalisation ou l'un des voyages prémentionnés.

Toutefois la prolongation ne peut dépasser un an à dater du jour de l'action de piraterie.

- Les sports et la moto

<p>Notre garantie s'étend à la pratique de la moto et des sports en tant qu'amateur, mais avec les restrictions suivantes :</p>	<p>Pour les garanties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - invalidité permanente - incapacité temporaire de travail - hospitalisation - frais de traitement 	<p>Pour la garantie décès</p>
<p>Nos prestations sont réduites à 50% si l'accident survient lors de la pratique :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - du football - du hockey - du rugby - des sports de combat et de défense tels que : judo, jiu-jitsu, karaté, aikido... - de la plongée sous-marine - de certains sports d'hiver (ski alpin et saut à ski hors de Belgique, bobsleigh, skeleton, luge de compétition) - de la moto de plus de 50cc 	
<p>Pour que nos prestations ne subissent pas cette réduction, vous devez nous avoir réglé un supplément de prime</p>		
<p>Le paiement préalable d'un supplément de prime est toujours nécessaire si nos prestations doivent s'étendre aux accidents survenant lors de la pratique des sports suivants :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - l'alpinisme - la spéléologie 	
<p>Nous excluons la pratique des sports suivants :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le vol à voile - l'aviation - le parachutisme - les courses cyclistes - le catch et la boxe - le deltaplane - les compétitions ou entraînements, autre que touristiques, de véhicules à moteur 	<ul style="list-style-type: none"> - les courses cyclistes - le deltaplane - l'aviation - le parachutisme - les compétitions ou entraînements, autres que touristiques, de véhicules à moteur

Article 5- Dans quels cas n'accordons-nous pas de prestations ?

Nous n'accordons jamais de prestation pour :

- les conséquences du suicide ou de la tentative de suicide ;
- les blessures volontaires ;
- les accidents survenus à la suite de l'état d'ivresse, de l'ivrognerie, et la toxicomanie de l'assuré ou encore à la suite de l'usage abusif de médicaments ;
- les conséquences d'actes opératoires pratiqués par l'assuré lui-même ou par une personne non qualifiée ;
- les conséquences de radiations ionisantes à l'exception toutefois des irradiations médicales nécessitées par un sinistre garanti ;
- les conséquences d'événements de guerre.

Toutefois nous maintenons nos garanties pendant 14 jours en faveur d'un assuré surpris au cours d'un voyage à l'étranger par le déclenchement d'un état de guerre

Nous maintenons également nos prestations lorsque l'accident est dû à une action de piraterie aérienne dont il est question à l'article 4 ;

- les conséquences d'émeutes auxquelles l'assuré a pris une part active ;
- les conséquences de la participation de l'assuré à des crimes ou délits volontaires.

En outre :

- sauf pour la garantie décès, nous n'accordons pas nos prestations pour les conséquences de négligences graves ou d'actes manifestement périlleux de l'assuré ;
- nous rappelons que des limitations de garantie particulières s'appliquent à certaines périodes d'appel sous les drapeaux, à certaines activités exercées au cours de voyages aériens et à la pratique de certains sports et de la moto.

Article 6 – D'après quels critères généraux calculons – nous les prestations ?

Nos prestations sont calculées en fonction des sommes assurées mentionnées en conditions particulières.

Pour l'évaluation de nos prestations, la profession exercée par l'assuré n'est pas prise en considération si ce n'est, - dans les conditions qui seront ultérieurement précisées -, en matière d'incapacité temporaire de travail.

Si l'atteinte à l'intégrité physique est due totalement ou partiellement à une autre circonstance qu'un événement garanti, nous n'intervenons pas dans la mesure de l'incidence de cette circonstance.

De même, lorsque les conséquences d'un accident garanti sont aggravées par un événement non garanti, nous n'intervenons pas dans la mesure de l'aggravation.

Article 7 – Quelles sont nos prestations ?

- Invalidité permanente

Comment le taux d'invalidité permanente est-il évalué ?

Le taux d'invalidité permanente est évalué par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) en vigueur lors de la consolidation.

La prestation (indemnité d'invalidité permanente) correspondant à ce taux est ensuite déterminée selon la formule cumulative dite "à 225%" (formule 1) ou "à 350%" (formule 2) qui est mentionnée en conditions particulières, c'est-à-dire que nous calculons l'indemnité

Pour la part du taux d'invalidité	en formule 1, sur la base	en formule 2, sur la base
-allant de 1 à 25%	de la somme assurée	de la somme assurée
-de 25% et jusqu'à 50 %	du double de la somme assurée	du triple de la somme assurée
-supérieure à 50%	du triple de la somme assurée	du quintuple de la somme assurée

Quand le taux d'invalidité permanente est-il évalué ?

Le taux d'invalidité permanente est évalué dès la consolidation de l'état de l'assuré et au plus tard deux ans après l'accident.

Toutefois, si nous estimons, au terme de ces deux ans, sur avis de notre médecin conseil, que l'invalidité est encore susceptible d'évoluer, un taux provisoire est fixé en fonction de l'état de l'assuré à ce moment. Dans ce cas, nous payons immédiatement au bénéficiaire la moitié de l'indemnité qui correspond à ce taux provisoire. Au plus tard trois ans après le premier paiement – qui reste acquis au bénéficiaire – nous payons le solde de l'indemnité sur nouvel avis médical fixant le taux définitif.

Aucune indemnité d'invalidité permanente n'est due si l'assuré décède avant l'expiration du délai de deux ans prévu à l'alinéa premier sans qu'aucune consolidation définitive n'ait été constatée dans ce délai.

Si l'assuré dont l'état a été provisoirement consolidé décède avant la consolidation définitive, aucune indemnité supplémentaire n'est plus due pour l'invalidité permanente.

Si les conditions particulières prévoient que les invalidités permanentes ne sont pas prises en considération jusqu'à un certain taux,

- nous ne versons aucune indemnité pour les invalidités permanentes égales ou inférieures à ce taux ;
- les indemnités qui lui sont supérieures sont prises en charge dès le premier pour-cent.

- Incapacité temporaire de travail

D'après quels critères réglons –nous la prestation ?

Nous réglons la prestation prévue par les conditions particulières pour incapacité temporaire (indemnité d'incapacité temporaire) en fonction de la diminution de la capacité de travail dans la profession de l'assuré que vous nous avez déclarée et qui est mentionnée en conditions particulières.

Lorsque les conditions particulières prévoient une indemnité d'incapacité temporaire de travail pour un assuré qui n'exerce pas de profession, l'indemnité n'est due au maximum que pendant le temps où l'assuré doit garder la chambre. Si l'assuré cesse, avec ou sans l'autorisation du médecin, de garder la chambre en permanence, l'indemnité est réduite ou supprimée en conséquence.

A partir de quand et pendant combien de temps payons-nous l'indemnité ?

Nous payons l'indemnité à partir du lendemain du début du traitement médical, pendant toute la durée de l'incapacité temporaire jusqu'à la consolidation définitive mais au maximum pendant 365 jours.

Si les conditions particulières prévoient un délai pendant lequel nous ne devons pas nos prestations (délai de carence), ce délai prend cours le lendemain du commencement du traitement médical et l'indemnité n'est due qu'à partir du lendemain du jour où il vient à expiration.

Lorsque la déclaration d'accident ne nous est pas faite dans le délai de 8 jours fixé par l'article 8 mais que le retard est dû à un cas de force majeure et que la déclaration, introduite aussitôt que possible, nous parvient dans un délai d'un an maximum après l'accident, l'indemnité est due à partir du lendemain de la réception de cette déclaration.

C'est à ce moment également que le délai de carence éventuel commence à courir.

- Hospitalisation

Lorsque le traitement nécessite l'hospitalisation de l'assuré, nous versons au bénéficiaire, pendant la durée de l'hospitalisation, sans aucun délai de carence mais pendant 365 jours au maximum, une indemnité journalière d'hospitalisation fixée par les conditions particulières.

- Décès

D'après quel critère réglons-nous l'indemnité ?

Nous versons la prestation prévue en conditions particulières (indemnité de décès) au bénéficiaire désigné par celles-ci si l'assuré décède dans un délai de trois ans à partir du jour de l'accident.

S'il n'y a pas – ou s'il n'y a plus – de bénéficiaire désigné ?

A défaut de bénéficiaire désigné, nous considérons que les bénéficiaires sont exclusivement et dans l'ordre suivant :

le conjoint de l'assuré, ses enfants et ses autres descendants venant en représentation d'un enfant prédécédé, ses ascendants, ses frères et sœurs et leurs enfants.

Si l'assuré ne laisse aucun de ces ayants droit, nous remboursons les frais funéraires justifiés, jusqu'à concurrence de 2.478,94€, à la personne qui les a exposés.

Deux précisions importantes :

- En cas de décès de l'assuré et de son conjoint à la suite d'un même événement, nous doublons l'indemnité si les bénéficiaires sont leurs enfants à charge.
- Si l'assuré disparaît à la suite d'un accident survenu au moyen du transport public qu'il utilisait, nous payons l'indemnité même si la preuve officielle du décès ne nous est pas rapportée, mais un an seulement après cet accident.
En cas de réapparition de l'assuré, nos prestations doivent nous être remboursées par ceux qui les ont reçues ; elles leur sont cependant définitivement acquises 5 ans après que nous les avons versées.

- Frais de traitement

Que remboursons-nous et d'après quel critère ?

Nous remboursons jusqu'à concurrence du montant fixé en conditions particulières et sous déduction des prestations découlant de toute autre assurance notamment sociale, tous les frais de traitement indispensables à la guérison.

Sont notamment compris dans notre remboursement les frais de prothèse provisoire et d'appareil orthopédique provisoire, de première prothèse et de premier appareil orthopédique et les frais de transport nécessités par le traitement.

Nous prenons aussi à notre charge, à concurrence de 619,73 € non compris dans la somme assurée, les frais de rapatriement et de voyage précisés ci-dessous, lorsque l'assuré est victime d'un accident à l'étranger :

- les frais de rapatriement de l'assuré en Belgique, lorsque le médecin prescrit ce rapatriement en vue de favoriser la guérison ;
- les frais de voyage - aller et retour - de Belgique au lieu où l'assuré est immobilisé, exposés par son conjoint ou un proche parent (ascendant, descendant, frère ou sœur) pour autant que le rapatriement soit médicalement impossible, que l'assuré ne soit déjà accompagné ni de son conjoint ni d'un proche parent et que son état exige la présence de l'un d'eux.

Pendant combien de temps remboursons-nous tous ces frais ?

Nous garantissons ce remboursement aussi longtemps que la consolidation des lésions provoquées par l'accident n'est pas définitivement acquise.

Indemnisations

Notre intervention s'élève au maximum à 700000,00 EUR pour un seul sinistre, quel que soit le nombre de victimes. Nous ne payerons en aucun cas pas plus que ce montant maximum.

Article 8 – Comment obtenir nos prestations ?

Pour obtenir nos prestations, le bénéficiaire doit nous déclarer l'accident immédiatement, et en tout cas dans les 8 jours qui suivent sa survenance.

Si un cas de force majeure l'empêchait de respecter ce délai, nous ne refuserions pas nos garanties (sous réserve de la limitation prévue à l'article 7 à propos de l'indemnité pour incapacité temporaire) pour autant que la déclaration nous parvienne dès que possible et en tout cas un an au plus après la survenance de l'accident.

En cas d'aggravation d'un sinistre bénin, nous comptons le délai de 8 jours depuis l'intervention du médecin ou, même si le médecin n'est pas intervenu, depuis le jour où le travail a été interrompu.

La déclaration doit nous fournir l'identité des témoins et tous renseignements utiles sur les causes, les circonstances et les conséquences de l'accident. Un certificat médical détaillé y sera joint.

L'assuré a l'obligation de se conformer aux prescriptions du médecin en vue de hâter sa guérison et de recourir immédiatement à tous les soins nécessaires.

De même, il se soumettra aux examens de nos médecins-conseils et invitera son médecin à répondre à toutes leurs demandes de renseignement.

Article 9 – Comment procéder en cas de désaccord médical ?

La solution du désaccord est confiée à deux médecins experts désignés l'un par le bénéficiaire, l'autre par nous-mêmes. Si ces deux experts n'aboutissent pas à un accord, nous choisissons avec le bénéficiaire un troisième médecin expert qui les départagera.

Les conclusions communes des deux médecins ou, en cas de désaccord entre eux, celles du troisième médecin lient définitivement toutes les parties. A défaut de désignation amiable des experts, celle-ci est opérée par le Président du tribunal de première instance du domicile du bénéficiaire à la requête de la partie la plus diligente.

Les experts sont dispensés de toute formalité judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son expert, ceux du troisième expert sont partagés par moitié.

Article 10 – Dans quel délai payons-nous les indemnités ?

Pour les garanties invalidité permanente, incapacité temporaire de travail, hospitalisation, décès, et frais de traitement, nous payons les indemnités dans un délai de 14 jours après fixation de leurs montants et production des pièces justificatives.

Article 11 – Quels recours avons-nous contre les responsables du sinistre ?

Nous renonçons à tout recours contre les responsables du sinistre, sauf en ce qui concerne les frais de traitement.

Article 12 – Quid en ce qui concerne les données médicales ?

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, le preneur et l'assuré donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales concernant l'assuré (art. 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Article 13 – Que devez-vous savoir du paiement des primes ?

Vous nous payez le prix de l'assurance en nous réglant à l'échéance le montant de la prime annuelle et de ses accessoires (notamment les taxes de quelque nature que ce soit prévues par des dispositions légales ou réglementaires)

Lorsque nous parlons ci-après de la prime, nous entendons par là aussi bien les accessoires que la prime elle-même.

Nous vous adresserons, le moment venu, un avis postal ou vous ferons présenter la quittance.

Si, à l'échéance, et ensuite dans les 15 jours qui suivent notre rappel recommandé, vous ne vous acquittez pas du paiement de la prime, l'assurance se trouverait suspendue et la prime resterait due pendant la période de suspension

Nous ne pourrions remettre l'assurance en vigueur qu'au lendemain du paiement intégral des primes, des frais et des intérêts

Article 14 – Comment se fait l'indexation ?

A chaque échéance annuelle, la prime et les sommes assurées en cas de décès, d'invalidité permanente, d'incapacité temporaire et d'hospitalisation varient selon le rapport existant entre :

- a) l'indice des prix à la consommation établi par le Ministre des Affaires Economiques (ou tout autre indice que ce dernier lui substituerait) en vigueur à ce moment et
- b) l'indice de souscription indiqué aux conditions particulières.

Par indice des prix à la consommation en vigueur au moment de l'échéance annuelle, on entend celui établi deux mois avant le premier jour du mois de ladite échéance.

Le montant assuré pour les frais de traitement varie de la même manière, à raison du pourcentage appliqué aux autres sommes assurées multiplié par trois.

En cas de sinistre, l'indice en vigueur au moment de la dernière échéance annuelle sert de base pour déterminer le montant des différentes garanties.

Article 15 – Que devez-vous faire en cas d'aggravation du risque ?

Nous estimons, dans les trois cas ci-après, que le risque ne correspond plus à celui que vous nous avez décrit lors de la souscription du contrat :

- l'assuré transfère son domicile hors de Belgique ;
- il change d'activité professionnelle ;
- il est atteint d'une maladie ou d'une infirmité grave.

Nous considérons entre autres comme maladies ou infirmités graves : la cécité, la surdité, la paralysie, l'apoplexie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, le diabète, la tuberculose, une affection de la moelle épinière, le délire alcoolique.

Vous avez l'obligation de nous avertir de ces aggravations dans les 14 jours de leur survenance.

Le fait que l'assuré change d'activité professionnelle ou soit atteint d'une maladie ou d'une infirmité grave nous autorise soit à vous proposer de nouvelles conditions d'assurance, soit à résilier le contrat en vous remboursant la portion de prime non utilisée.

Cette résiliation ne peut se faire qu'avec préavis de 14 jours.

Au cas où vous transféreriez votre domicile hors de Belgique, nous pourrions résilier votre contrat, mais au plus tôt à l'expiration d'un délai de 14 jours.

En attendant l'entrée en vigueur d'une de ces solutions, nous réglerons les sinistres survenus postérieurement à l'aggravation dans la proportion de la prime normalement due en fonction du risque aggravé.

Si vous ne portez pas l'aggravation, due à une maladie ou une infirmité grave, à notre connaissance dans les 14 jours de sa survenance, les garanties sont suspendues jusqu'au moment où vous nous la notifiez.

A partir de ce moment, nous faisons application des règles ci-dessus prévues pour les cas où vous nous avisez de l'aggravation dans le délai requis.

La prime afférente à la période de suspension nous reste due.

Article 16 – Que se passe-t-il si nous émettons de nouvelles conditions générales ou un nouveau tarif ?

Si nous modifions nos conditions générales ou notre tarif et que nous y adaptons votre contrat à sa plus prochaine échéance annuelle, nous nous engageons à vous en avertir par lettre recommandée.

A partir de la réception de la lettre recommandée, vous disposez d'un délai de 30 jours pour résilier le contrat pour l'échéance à partir de laquelle les modifications auraient été d'application. Passé ce délai de 30 jours, nous considérons que vous avez accepté les nouvelles conditions générales ou le nouveau tarif.

Article 17 – Quand l'assurance commence-t-elle et quelle est sa durée ?

L'assurance entre en vigueur à la date fixée par les conditions particulières, mais au plus tôt à la date du paiement de la première prime, et pour la durée que ces conditions prévoient.

Il peut arriver que le risque décrit dans l'exemplaire du contrat qui nous est destiné ne réponde pas à nos conditions d'acceptation.

Nous avons dans ce cas la possibilité de résilier le contrat sans préavis.

Nous concluons avec vous un contrat d'une durée d'un an.

Il se renouvellera automatiquement, pour une même durée, sauf envoi par vous ou par nous d'une lettre recommandée trois mois au moins avant chaque échéance annuelle.

Article 18 – Quand l’assurance finit-elle ?

L’assurance prend fin de plein droit à l’échéance annuelle qui suit le septantième anniversaire de l’assuré.

Outre les cas de résiliation prévus aux articles 15, 16 et 17, nous pouvons résilier également le contrat dans les circonstances suivantes :

- si vous ne vous êtes pas acquitté du paiement de la prime à son échéance, avec préavis de 14 jours ;
- après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard 30 jours après notre dernier paiement ou, éventuellement, notre refus de prendre ce sinistre à notre charge, avec préavis de 3 mois.

Nous pouvons aussi mettre fin au contrat dans le cas où vous vous trouveriez en état de faillite ou de déconfiture.

Lorsque nous sommes amenés à résilier le contrat avant le terme convenu, nous vous remboursons la portion de prime non utilisée sauf dans le cas où la résiliation a été justifiée par un défaut de paiement de la prime.

Article 19 – Quelques précisions encore...

Les communications ou notifications que l’assuré, le bénéficiaire ou vous-même nous destinez doivent, pour être valables, être faites à notre siège en Belgique.

Les communications qui vous sont destinées sont valablement faites à votre adresse telle qu’elle est indiquée dans les conditions particulières ou telle que vous nous l’avez ultérieurement renseignée.

Les actions découlant de votre contrat sont prescrites 3 ans après la survenance du sinistre et, de toute façon, six mois après le refus notifié par nous de le prendre à notre charge.

Le contrat est régi, pour tout ce qui n’est pas prévu dans ses conditions générales et particulières, par la loi du 25 juin 1992 sur les assurances.

Groupement d’intérêt économique « Datassur »

« L’assuré donne par la présente son consentement à la communication par l’entreprise d’assurance B.D.M. SA au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l’appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs.

Toutes personne justifiant de son identité a le droit d’obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d’une copie de sa carte d’identité à l’adresse suivante : Datassur, service « fichiers », 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Article 20 - Où pouvez-vous vous adresser pour des informations et plaintes ?

Si vous avez des questions ou des problèmes relatifs à ce contrat ou à un sinistre, vous pouvez toujours vous adresser à votre courtier ou à nos services.

Vous pouvez aussi vous adresser à l’ ASBL Service Ombudsman Assurance, De Meeûssquare 35, 1000 Bruxelles et ça sans préjudice de votre droit d’intenter une action en justice.

Les assureurs mettent toute leur vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.