

Assurances MMH SC



Conditions générales

Revenu garanti destiné exclusivement aux médecins assistants en formation âgés de moins de trente ans

Définitions

Assureur

« ASSURANCES MMH S.C. » dont le siège social est établi à 6000 Charleroi, boulevard Alfred de Fontaine, 15.

Assuré

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance.

Maladie

Toute altération de l'état de santé qui n'est pas provoquée par un accident et dont la cause et les symptômes sont objectivés par un médecin.

Accident

Un événement soudain et fortuit qui produit une lésion corporelle et dont la cause est extérieure à l'organisme de l'assuré et indépendante de sa volonté.

Délai d'attente

La période qui prend cours au jour de la conclusion du contrat et pendant laquelle l'assureur n'est redevable d'aucune prestation. Une incapacité de travail qui naît ou trouve son origine pendant le délai d'attente ne donne droit à aucune prestation, et ce même à l'issue de ce délai.

Période de carence

La période qui prend cours le premier jour de l'incapacité de travail reconnue et pendant laquelle l'assureur n'est redevable d'aucune prestation.

CHAPITRE 1 : OBJET ET PERIMETRE DE LA COUVERTURE

ART 1. Objet de l'assurance

En exécution du présent contrat, l'assureur s'engage à octroyer à l'assuré les indemnités journalières prévues en conditions particulières en cas d'incapacité de travail reconnue suite à une maladie ou un accident, mettant l'assuré dans l'impossibilité de poursuivre sa formation ou toute autre activité professionnelle lucrative.

ART 2. Prestations assurées

2.1. Le montant de l'indemnité journalière choisie est précisé dans les conditions particulières. Les indemnités journalières sont accordées tous les jours, à l'exception des dimanches et jours fériés légaux, et ce à l'expiration de la période de carence éventuelle.

Pour autant que toutes les conditions soient rencontrées, les indemnités sont versées à l'assuré dans le courant de la première quinzaine du mois qui suit l'incapacité de travail en cours et admise.

Les indemnités journalières octroyées, cumulées avec d'autres revenus professionnels de remplacement éventuels alloués par un organisme autre qu'une entreprise d'assurances, ne peuvent jamais dépasser 80% du revenu professionnel personnel normal brut pour une période comparable.

Les indemnités sont exclusivement versées sur le compte bancaire de l'assuré qui veillera à le communiquer à l'assureur lors de sa déclaration de sinistre.

2.2.1 Dans le cadre d'une convalescence, si l'état d'incapacité totale de travail ayant donné lieu à intervention de l'assureur a pris fin, et si l'assuré n'est pas en mesure de reprendre pleinement ses activités professionnelles, il peut bénéficier, aux conditions qui suivent, d'indemnités journalières réduites :

- l'assuré doit en obtenir l'autorisation écrite de l'assureur préalablement à la reprise du travail ;
- l'assuré doit se soumettre à un examen médical par le médecin conseil de l'assureur ;
- si le médecin conseil de l'assureur considère que l'assuré peut reprendre une activité professionnelle limitée, l'assuré percevra 35% de l'indemnité journalière à laquelle il aurait droit en cas d'incapacité totale de travail, et ce pendant une durée totale maximale de douze mois, sous réserve de l'application éventuelle de l'article 2.2.2
- durant cette période, si le médecin conseil de l'assureur considère que l'assuré peut reprendre pleinement ses activités professionnelles, l'assureur n'est plus tenu de verser l'indemnité réduite ;
- en cas de désaccord, la procédure décrite à l'article 13.2 est d'application.

2.2.2 Le droit aux indemnités journalières réduites telles que prévues à l'article 2.2.1 ne sera accordé que pour une durée totale maximale de douze mois, en une ou plusieurs fois, pour la même ou différentes maladies ou accidents. Toutefois, ce droit pourra être à nouveau invoqué, dans les mêmes conditions, après une période de cinq années d'activité professionnelle.

2.3. Le droit aux indemnités de l'assuré est limité à une période de trois mois lorsque l'incapacité de l'assuré est consécutive à l'une des pathologies qui suit :

1. burn out ;
2. dépression ;
3. fibromyalgie ;
4. fatigue chronique ou et syndrome de fatigue chronique ou et syndromes apparentés ;
5. syndrome post traumatique.

Pour ces pathologies, le droit aux indemnités n'est en outre accordé qu'une seule fois quelle que soit l'origine évoquée. Toutefois, ce droit pourra être à nouveau invoqué, dans les mêmes conditions, au terme d'un délai de cinq années d'activité professionnelle après la fin de l'incapacité ayant donné lieu à intervention de l'assureur.

2.4. En cas de décès d'un assuré, le surplus de la prime payée est remboursé à ses ayants-droit, prorata temporis.

ART 3. Assurabilité

Pour être admis comme assuré et le rester, le candidat assuré doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre médecin assistant en formation âgé de moins de trente ans

2° Compléter et signer un questionnaire médical confidentiel qui sera transmis au médecin conseil.

En outre, s'il l'estime nécessaire l'assureur peut demander qu'un examen médical soit pratiqué ou réclamer des précisions complémentaires. Sur la base de l'ensemble des renseignements ainsi recueillis, l'assureur décide s'il accepte ou non d'accorder sa garantie et dans l'affirmative à quelles conditions. Il notifie cette décision au candidat-assuré dans le respect des règles énoncées par la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et, notamment, des articles 46 et 57 de cette loi.

ART 4. Délai d'attente

À partir de la conclusion du contrat, aucun délai d'attente.

ART. 5 Période de carence

La carence est de 30 jours.

ART. 6 Rechute

Une incapacité totale de travail qui résulte de la même maladie ou du même accident à l'origine de la précédente incapacité totale de travail, et qui survient dans les douze jours ouvrables de la reprise du travail, est considérée comme la continuation de l'incapacité précédente. En ce cas, aucune nouvelle période de carence n'est appliquée.

ART. 7 Exclusions

Le droit aux indemnités en cas d'incapacité de travail n'est jamais accordé lorsque l'incapacité de travail trouve son origine dans :

- 1) un état préexistant, à savoir une maladie ou une affection qui existait déjà ou un accident qui a déjà eu lieu au moment de l'affiliation au contrat d'assurance, à condition, en ce qui concerne la maladie ou l'affection, qu'un médecin l'ait constatée ou ait constaté les symptômes qui ont mené au diagnostic de celle-ci avant l'affiliation ;
- 2) un sinistre survenu dans les six mois qui suivent la conclusion du contrat d'assurance (délai d'attente) ;
- 3) le refus par l'assuré de suivre le traitement médical approprié et les mesures nécessaires au rétablissement de sa santé ;
- 4) des faits de guerre, guerre civile, émeute, insurrection populaire ;
- 5) un accident survenu suite à un exercice physique effectué lors d'une compétition ou exhibition sportive professionnelle ou semi-professionnelle ;
- 6) des activités militaires ;

Le droit aux indemnités en cas d'incapacité de travail n'est jamais accordé lorsque l'incapacité de travail survient ou trouve son origine pendant une période :

- 1) d'emprisonnement ;
- 2) d'exercice d'un mandat politique avec arrêt de l'activité médicale, dentaire ou vétérinaire ;
- 3) d'activités professionnelles exercées à l'étranger.

ART. 8 Situations non couvertes car ne constituant pas des cas d'incapacité relevant de l'objet de l'assurance

Les périodes relatives à un écartement prophylactique, un congé parental paternel ou maternel, un repos pré et post-natal, dont la Loi organise l'indemnisation spécifique, ne donnent pas droit aux indemnités.

En cours de grossesse, sauf cas particulier subordonné à l'accord du médecin conseil, une hospitalisation ouvre le droit à l'indemnisation.

ART. 9 Cas constitutifs de fautes lourdes

L'assureur ne pourra jamais être tenu d'indemniser les incapacités de travail résultant de l'une des fautes lourdes suivantes, commises par l'assuré :

- 1) intoxication alcoolique, ivresse, état analogue résultant de l'utilisation de drogues, de stupéfiants ou d'excitants ;
- 2) consommation abusive de médicaments ;
- 3) incitation à des paris ou à des défis ou participation à ceux-ci ;
- 4) pratique d'activités sportives dans de telles circonstances que celles-ci sont considérées par des spécialistes comme des actes téméraires ;
- 5) participation volontaire à une rixe.

ART. 10 Validité territoriale

La garantie est valable dans le monde entier pour autant que l'assuré exerce son activité professionnelle en Belgique, et que les différents examens prévus par les présentes conditions générales puissent être effectués en Belgique.

ART. 11 Terrorisme

L'incapacité de travail qui résulterait d'un acte de terrorisme est couverte dans les limites et conditions énoncées par la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Restent cependant exclues les incapacités résultant d'actes de terrorisme :

- commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
- dans la survenance desquels l'assuré a pris une part active.

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DU SINISTRE

ART.12 Déclaration d'un sinistre

12.1. L'assuré est tenu de déclarer immédiatement à l'assureur toute maladie ou accident qui l'affecte et qui est susceptible d'entraîner son incapacité de travail en joignant à sa déclaration un certificat médical délivré par un médecin autre que lui.

Sauf cas de force majeure, ledit certificat doit être remis au médecin-conseil de l'assureur au plus tard le troisième jour ouvrable après la date à laquelle a débuté l'incapacité, tant pour les indépendants que pour les salariés.

Le certificat médical du médecin traitant doit énoncer les éléments suivants :

- 1) la date de début de l'incapacité totale de travail et sa durée probable ;
- 2) les causes de l'incapacité de travail et, le cas échéant, l'identité du tiers responsable ;
- 3) la période d'hospitalisation éventuelle (avec sa date de début et de fin ou sa durée probable) ;
- 4) le diagnostic précis
- 5) le caractère total (100%) ou partiel de l'incapacité

12.2. L'incapacité est censée débuter le jour mentionné sur le certificat délivré par le médecin consulté par l'assuré.

Lorsque le certificat a été délivré ou expédié tardivement, l'incapacité est toutefois censée avoir débuté le jour de sa remise ou de son dépôt à la poste.

12.3. Les certificats de prolongation d'incapacité doivent être envoyés au médecin-conseil de l'assureur toutes les deux semaines pendant les douze premières semaines, toutes les quatre semaines pendant les mois suivants.

12.4. Afin de permettre le contrôle de l'incapacité, l'assuré en convalescence désirant faire un séjour en dehors de son domicile doit en informer préalablement l'assureur (par courrier ou par courriel) et attendre obligatoirement son accusé de réception.

12.5. Toute reprise de travail, même partielle, par l'assuré doit sans délai être signalée à l'assureur par courrier ou par courriel.

ART 13 Reconnaissance de l'incapacité de travail

13.1. Sur la base du certificat médical et des renseignements reçus de l'assuré, l'assureur apprécie si l'incapacité de travail déclarée par l'assuré lui confère le droit aux prestations assurées par le présent contrat. En cas de décision positive, l'assureur verse les indemnités dues à l'assuré pour la durée d'incapacité visée dans le certificat médical. En cas de décision négative, l'assureur en informe l'assuré par écrit.

13.2. En cas de désaccord, l'assuré peut demander la réunion d'une commission de conciliation instituée au sein de l'assureur.

Cette commission entend le médecin-conseil de l'assureur ainsi que l'assuré qui peut être assisté par un ou plusieurs médecins de son choix.

La commission de conciliation fait ensuite part de sa décision.

En cas de désaccord persistant, la partie la plus diligente peut mettre en œuvre l'expertise amiable envisagée à l'article 14 ci-dessous.

ART 14. Expertise médicale

14.1. En cas de désaccord ou de divergence de vue sur l'état de santé de l'assuré, sur la durée de l'incapacité de travail, ou sur une question de nature médicale, les parties pourront décider de commun accord de recourir à une expertise amiable.

Chaque partie désignera un médecin de son choix. À défaut d'accord entre ces deux médecins, ceux-ci désigneront un troisième médecin pour les départager. S'ils ne s'accordent pas sur le choix de ce troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du tribunal de première instance du domicile de l'assuré, à l'initiative de la partie la plus diligente.

14.2. L'assuré et l'assureur s'engagent à respecter la décision du collège d'experts qui aura la même valeur juridique qu'une expertise judiciaire.

14.3. L'expertise médicale amiable se déroulera en tenant compte des dispositions du contrat d'assurance, chaque partie supportant les frais et honoraires du médecin qu'elle a désigné. Les frais et honoraires du troisième médecin, le cas échéant, seront supportés par parts égales entre l'assureur et l'assuré.

ART 15. Déclaration du risque et domiciliation du risque

15.1. Lors de la conclusion du contrat

Le candidat- assuré a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer les circonstances déjà connues de l'assureur ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées.

Cependant, s'il n'est point répondu à certaines questions contenues dans le questionnaire médical remis par l'assureur et si ce dernier a néanmoins conclu le contrat, il ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

15.2. Omissions et inexactitudes

Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul.

Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, le contrat n'est pas nul.

L'assureur propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par l'assuré ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours.

Si l'assureur n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, il ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

Si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au candidat assuré et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur doit fournir la prestation convenue.

Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au candidat assuré et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur n'est tenu de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le candidat assuré aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.

Toutefois, si lors d'un sinistre, l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

15.3. Modification du risque en cours de contrat

L'assuré est tenu de déclarer immédiatement à l'assureur tout événement qui le place hors des conditions d'assurabilité visées à l'article 3, de même que toute modification intervenue dans sa profession, son revenu et/ou son statut dans le système de sécurité sociale.

Toute déclaration à l'assureur doit se faire par lettre ordinaire / recommandée ou par courriel et en tout cas par écrit. Sans préjudice des modes spéciaux prévus à l'article 21.4

15.4 Domiciliation du contrat et notifications.

Pour l'assureur à son siège social.

Pour le preneur d'assurance et l'assuré à la dernière adresse professionnelle communiquée.

Le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de signaler par écrit tout changement d'adresse. A défaut toute notification sera valablement faite à la dernière adresse connue par l'assureur.

Toute lettre recommandée envoyée par l'assureur vaut mise en demeure suffisante, le récépissé de la poste faisant foi. La copie de l'assureur en prouve le contenu, pour autant que l'original ne soit produit par le preneur d'assurance ou par l'assuré.

ART 16. Incontestabilité

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat d'assurance, l'assureur ne peut invoquer l'article 60 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances en ce qui concerne les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans.

L'assureur ne peut invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ou une affection ne s'était encore manifestée d'aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

ART 17. Prise d'effet et durée du contrat

Le contrat d'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur fixée dans les conditions particulières. Cette date ne peut être antérieure au paiement intégral de la première prime.

Sous réserve des hypothèses de fin anticipée énoncées à l'article 21, le contrat d'assurance reste en vigueur jusqu'au jour où l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle, étant entendu que le contrat cesse de plein droit à la date fixée dans les conditions particulières.

ART 18. Paiement de la prime

18.1. La prime est payable annuellement sur présentation de l'avis d'échéance envoyé par l'assureur. L'échéance annuelle de la prime est mentionnée dans les conditions particulières.

Sur demande écrite préalablement adressée au secrétariat un versement fractionné (semestriel) est autorisé. Dans ce cas, la prime est majorée de 2 %.

18.2. Les primes sont majorées de la taxe annuelle sur les opérations d'assurance et des éventuelles cotisations imposées au candidat assuré. Toutes taxes, cotisations, impôts, frais ou redevances, qui, sous quelque dénomination que ce soit, peuvent être imposés par quelque autorité que ce soit, concernant les primes encaissées, les sommes assurées ou les prestations à payer, seront intégralement à charge du preneur d'assurance ou de l'assuré.

18.3. La prise d'effet de la couverture est subordonnée au paiement intégral de la première prime.

ART 19. Non-paiement de la prime

Le non-paiement de la prime à l'échéance peut entraîner la suspension de la couverture ou la résiliation du contrat d'assurance dans les délais et conditions énoncés par les articles 69 et suivants de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Si la couverture est suspendue, il est mis fin à cette suspension lorsque l'assuré a réglé les arriérés de primes, majorés le cas échéant des intérêts légaux.

La suspension de la couverture ne porte pas atteinte au droit de l'assureur d'exiger le paiement des primes encore à échoir conformément à l'article 72 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

ART 20. Modification des conditions d'assurance et de la prime

20.1. La prime et les prestations garanties peuvent être adaptées à l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation qui est applicable au mois d'octobre de l'année qui précède.

Elles peuvent également être adaptées sur la base de l'indice médical visé à l'article 204, §3 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances si et dans la mesure où l'évolution de cet indice dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

20.2. Dans l'hypothèse où l'application des adaptations précitées devait s'avérer insuffisante pour permettre à l'assureur de maintenir son portefeuille en équilibre, la prime et les prestations garanties pourront être adaptées dans la mesure autorisée par la Banque Nationale de Belgique.

20.3. La prime, la période de carence et les prestations garanties peuvent également être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, dans son revenu et/ou lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale pour autant que cette modification ait une influence significative sur le risque ou le coût ou l'étendue des prestations garanties.

20.4. Dans l'hypothèse où la modification des conditions d'assurances et/ou de la prime est mise en œuvre par l'assureur conformément aux articles 20.2 et 20.3 précités, l'assuré dispose de la faculté de résilier son contrat dans les trois mois qui suivent l'annonce de cette modification faite par l'assureur au moins quatre mois avant l'échéance annuelle du contrat. Cette résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle du contrat.

ART 21. Résiliation et fin du contrat d'assurance

21.1. L'assuré peut résilier le contrat dans les hypothèses suivantes :

- lors de chaque échéance annuelle du contrat pour autant que la demande de résiliation soit notifiée à l'assureur au moins trois mois avant ladite échéance ;
- lorsque l'assuré entend s'opposer à la modification de la prime et/ou des prestations garanties qui lui a été annoncée par l'assureur en application des articles 20.2 et 20.3 précités. Cette résiliation doit être notifiée par l'assuré à l'assureur dans les trois mois qui suivent la communication de cette modification.

21.2. L'assureur peut résilier le contrat dans les hypothèses suivantes :

- en cas de non-paiement de la prime ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude de l'assuré ;

21.3. Le contrat d'assurance prend fin de plein droit dans les hypothèses suivantes :

- en cas de décès de l'assuré ;
- lorsque l'assuré ne répond plus aux conditions d'assurabilité énoncées à l'article 3.

21.4. Toutes les résiliations susvisées doivent être notifiées par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

ART 22. Subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré contre les tiers responsables de l'incapacité de ce dernier, et ce à concurrence du montant des indemnités qu'il lui a versées.

Si cette subrogation ne peut sortir ses effets en raison d'un acte commis par l'assuré, l'assureur peut lui réclamer le remboursement des indemnités versées au prorata du préjudice subi.

L'assureur n'a pas de recours contre les ascendants ou les descendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes habitant sous son toit, ses hôtes ou son personnel de maison, sauf en cas de dol. L'assureur peut toutefois exercer un recours contre ces personnes si leur responsabilité est bel et bien couverte par un contrat d'assurance.

ART 23. Droit applicable

Le présent contrat est régi par la loi belge et, notamment, la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

ART 24. Tribunaux compétents

Les litiges relatifs à l'interprétation et à l'exécution du présent contrat d'assurance relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges.

ART 25. Protection de la vie privée

Le preneur d'assurance et l'assuré donnent à l'assureur, responsable du traitement, l'autorisation de traiter leurs données à caractère personnel en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi relative à la vie privée), et le Règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement). Ce traitement comprend entre autres la communication ou la transmission de données personnelles, si celle-ci s'avère nécessaire ou indiquée, à des tiers prestataires de services tels que les entreprises de réassurance. Ceux-ci peuvent être établis dans des pays appartenant à l'Espace Economique Européen.

À titre exclusif pour le traitement en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurances tels que le traitement administratif des propositions d'assurance et du contrat d'assurance, en ce compris le traitement des sinistres, le preneur d'assurance et l'assuré marquent leur consentement formel en vue du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé. Ces données seront uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à celles-ci sera limité aux membres du personnel de l'assureur qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches et à d'éventuels tiers prestataires de services dont l'intervention est nécessaire ou indiquée dans le cadre de l'exécution des tâches précitées, conformément à l'article 9 du Règlement.

Le preneur d'assurance et l'assuré donnent leur consentement libre, spécifique informé et explicite pour le traitement de leurs données à caractère personnel à des fins de « marketing » auprès de l'assureur. À tout moment, ils peuvent s'y opposer en retirant leur consentement en s'adressant à l'assureur.

Le preneur d'assurance et l'assuré ont accès à leurs données à caractère personnel et peuvent demander la rectification de données inexactes et la suppression de données dont le traitement est interdit en s'adressant à l'assureur.

Le preneur d'assurance et l'assuré peuvent exercer leurs droits auprès de l'assureur (email : p.vanderelst@mmh.be – Boulevard Alfred De Fontaine, 15, 6000 Charleroi) en y joignant une copie recto verso de leur carte d'identité.

Si le preneur d'assurance ou l'assuré n'est pas satisfait du traitement de ses données personnelles, il a le droit d'introduire une plainte auprès de l'autorité de Protection des Données (<https://www.privacycommission.be>).

ART 26. Plaintes – Service de l’ombudsman des assurances

Si l’assuré a une plainte à formuler à propos du présent contrat d’assurance et/ou de son exécution, il peut la communiquer à l’assureur (email : p.vanderelst@mmh.be – Boulevard Alfred Defontaine, 15, 6000 CHARLEROI).

Si la solution que l’assureur propose ne lui donne pas satisfaction, il peut s’adresser au Service de l’Ombudsman des Assurances (Square de Meeus, 35, à B-1000 Bruxelles, www.ombudsman.as ou par mail: info@ombudsman.as)

L’envoi d’une plainte au service précité ne prive nullement l’assuré de la possibilité d’entreprendre une action en justice.