OFFICE DE CONTROLE
DES MUTUALITES

**INSCRIPTION D'UNE PERSONNE PHYSIQUE**

**-**

**DECLARATION D’ADHESION AU SYSTEME EXTRAJUDICIAIRE DE REGLEMENT DES PLAINTES**

***Cette déclaration doit être jointe à votre demande d'inscription au registre des intermédiaires en assurances visé par l'article 5, § 3, de la loi du 27 mars 1995 et envoyée à l'OCM.***

Je, soussigné(e) ………………………………………………………………….... (nom et prénom), confirme par la présente que j’adhère au système extrajudiciaire de règlement des plaintes assuré par l’A.S.B.L. SERVICE OMBUDSMAN ASSURANCES et ce, en application de l’article 10, alinéa 1er, 6°bis, de la loi du 27 mars 1995 relative à l’intermédiation en assurances et en réassurances et à la distribution d’assurances.

Je suis conscient de ce que cette adhésion implique que je dois répondre aux questions que le Service Ombudsman Assurances me poserait, le cas échéant, dans le cadre des plaintes qu’il traitera et que je dois contribuer au financement dudit service conformément aux règles fixées par le Service Ombudsman Assurances.

J’adhère: 􀂆 individuellement\*

􀂆 par ma fédération professionnelle………………….. (nom)\*

Lu et approuvé,

Date ………………………………… Signature

*\* cocher l’option adéquate*