

ASSURANCE “COMPLETE CIRCULATION”

CONDITIONS GENERALES 21.26.112

DEFINITIONS

- 1. Société :**
FEDERALE Assurance, association d'assurance mutuelle, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles, Belgique,
RPM Bruxelles TVA BE 0403.274.332 - Société d'assurance agréée sous le n° 124 par la Banque Nationale de Belgique.
- 2. Preneur d'assurance :**
le souscripteur du contrat.
- 3. Assurés :**
les personnes soumises au risque et désignées comme pouvant bénéficier des garanties de la présente police d'assurance en vertu des conditions générales ou particulières.
- 4. Bénéficiaires :**
les personnes à qui des prestations sont dues en vertu du présent contrat.
S'ils ne sont pas désignés nominativement en conditions particulières, les bénéficiaires en cas de décès sont les héritiers légaux, excepté l'Etat.
- 5. Accident de la circulation :**
accident ayant un rapport direct avec la circulation, c'est-à-dire provoqué par :
 - le mouvement d'un véhicule ou d'une partie de celui-ci ;
 - l'explosion ou l'incendie d'un véhicule.

Par accident on entend :
Un événement soudain entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.
Ce concept sera interprété conformément à la législation relative aux accidents du travail.

Sont conventionnellement considérés comme accidents :

 - 1) l'intoxication due au dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs délétères ;
 - 2) les lésions subies en état de légitime défense ;
 - 3) la noyade ;
 - 4) la congélation ou l'insolation consécutive à un accident couvert par le présent contrat.
- 6. Consolidation :**
moment où l'état d'une personne, malgré un traitement médical ou chirurgical actif, n'est plus susceptible d'évolution.
- 7. Invalidité :**
diminution de l'intégrité physique de l'assuré, diminution dont le degré est déterminé médicalement sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI).
- 8. Consommateur :**
Personnes physiques qui agissent à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de leurs activités commerciales, industrielles, artisanales ou libérales (art. I.1.2° Code de droit économique).
- 9. Envoi recommandé :**
Envoi qui fournit des preuves concernant l'envoi et la réception des données, le moment de l'envoi et la réception ainsi que l'identité du destinataire (ou son mandataire), par exemple un envoi recommandé par courrier postal ou un envoi par un service de recommandé électronique.

Article 1 Objet et étendue de la garantie

- A. Le contrat a pour objet de garantir au(x) bénéficiaire(s) le paiement des sommes prévues aux conditions particulières lorsqu'un assuré a été victime d'un accident de la circulation en tant que :
- 1) conducteur ou passager
 - d'un véhicule terrestre automoteur ayant au moins 4 roues à l'exclusion du quad,
 - d'un véhicule sur rail,
 - d'un véhicule maritime ou fluvial ;
 - 2) passager d'un véhicule aérien conformément aux dispositions de l'article 5 ;
 - 3) exclusivement sur la voie publique, piéton, cyclomotoriste, cycliste ou occupant de tout autre véhicule sans moteur.
- B. Moyennant stipulation particulière, la garantie peut être limitée aux assurés exclusivement en tant que :
- conducteur d'un véhicule terrestre automoteur et ayant au moins 4 roues à l'exclusion du quad ;
 - conducteur, sur la voie publique, d'une bicyclette ou d'un cyclomoteur.
- C. Les garanties autres que celles relatives aux frais médicaux ont un caractère forfaitaire.

Article 2 Extensions des garanties

La garantie est également acquise lorsqu'un assuré est victime d'un accident alors qu'il :

- monte ou descend d'un véhicule à bord duquel la garantie serait acquise, en ce compris le placement d'une signalisation légalement obligatoire en cas de panne ou d'accident ;
- effectue, sur la voie publique, des travaux de réparation indispensables à la suite d'une panne ;
- participe au sauvetage de personnes ou de biens en péril à la suite d'un accident de la circulation.

Article 3 Professions ou activités à titre professionnel exercées par un assuré

Les sommes et indemnités dues à un assuré en vertu du présent contrat sont réduites de 15 % lorsque l'accident survient au cours de l'exercice, dans le chef de cet assuré, d'une activité professionnelle à bord du véhicule, sauf s'il ne s'agit que d'un simple déplacement vers le lieu de prestation du travail.

Article 4 Personnes assurées

Sont considérés comme assurés :

- a) le Preneur d'assurance pour autant qu'il ait sa résidence principale en Belgique ;
- b) son conjoint cohabitant ;
- c) toutes les personnes vivant au foyer du Preneur d'assurance, si elles n'y exercent pas une activité professionnelle rémunérée au profit du Preneur d'assurance ou du ménage.

La qualité d'assuré reste acquise :

- aux élèves et étudiants qui, pour les besoins de leurs études, logent en dehors de la résidence principale du Preneur d'assurance ;
- aux miliciens, dans les limites prévues à l'article 10, A, 7).

Article 5 Risque aviation

- a) Sont compris dans l'assurance les accidents dont l'assuré pourrait être victime dans le monde entier, à titre de simple passager de tous avions ou hélicoptères autorisés pour le transport de personnes et pour autant qu'il n'exerce au cours du vol aucune activité professionnelle en relation avec l'appareil ou le vol.

L'indemnisation est étendue aux accidents résultant :

1. de la maîtrise illicite du moyen de transport dans lequel l'assuré se trouve ;
2. de la piraterie, agressions et attentats à bord du moyen de transport commis contre les personnes qui s'y trouvent.

Cette indemnisation n'est cependant pas acquise si l'assuré a pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.

- b) Sont toujours exclus les accidents survenus à bord d'appareils prototypes et ceux survenus alors que l'appareil est utilisé à l'occasion de compétitions ou exhibitions, essais de vitesse, raids, vols d'entraînement, records ou tentatives de records ainsi que pendant tout essai fait en vue de participer à l'une de ces activités.

Article 5 bis Risque de terrorisme

Lorsque le sinistre constitue un acte de terrorisme tel que défini par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (appelée ci-après la Loi), les modalités et limites suivantes sont d'application :

- La Société ayant adhéré à la personne morale constituée en application de l'article 4 de la Loi (A.S.B.L. TRIP), la couverture du sinistre tombe sous la limitation légale prévue par année civile pour tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme.
- La limite annuelle s'élève à 1 milliard d'euros. Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.
- Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.
- L'application de la Loi, la hauteur des engagements des entreprises d'assurance ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisations sont soumis aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de ladite loi.

Article 6 Règle proportionnelle

Si, au moment du sinistre, le véhicule transporte plus de personnes qu'il n'est prévu par le constructeur, les sommes prévues par assuré seront réduites proportionnellement à concurrence du rapport existant entre le nombre de personnes prévues par le constructeur et le nombre de personnes réellement transportées.

Cette disposition ne concerne pas les véhicules destinés au transport public rémunéré de personnes.

PRESTATIONS DE LA SOCIETE - SOMMES ASSUREES

Article 7 Décès

En cas de décès, la Société verse au(x) bénéficiaire(s) la somme prévue aux conditions particulières, au plus tard 30 jours après réception des documents nécessaires à la prise en charge du sinistre notamment : un extrait de l'acte de décès, un certificat médical actant la cause du décès, la copie du dossier répressif éventuel ainsi que, lorsque les bénéficiaires ne sont pas désignés d'une façon certaine, un acte de notoriété permettant d'identifier les héritiers.

Si, au moment de l'accident, l'assuré est âgé de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans, la somme assurée en cas de décès est réduite de 50 %.

Article 8 Invalidité permanente

- a) En cas d'invalidité permanente et après réception des documents attestant de la consolidation des lésions et du taux d'invalidité permanente, la Société verse au bénéficiaire la somme prévue aux conditions particulières proportionnellement au degré d'invalidité. Conventionnellement, la consolidation est considérée comme acquise au plus tard trois ans après la date de la survenance de l'accident sur la base des séquelles observées à ce moment.

- b) L'invalidité permanente sera considérée comme totale si le taux d'invalidité atteint au moins 67 % indemnisables ; ce pourcentage pourra être atteint par l'addition de plusieurs invalidités différentes.
- Pour autant que de besoin, il est précisé que le taux d'invalidité permanente ne pourra jamais dépasser 100 % suite à un ou plusieurs accidents couverts. Ce plafond sera toujours diminué de tous autres degrés d'invalidité permanente pour lesquels la garantie aura été accordée par la Société dans le cadre de la présente police.
- c) Pour la détermination du taux indemnisable, ne seront pas pris en considération les accidents ou invalidités ainsi que leurs conséquences ou aggravations non couverts par les présentes conditions.
- d) Les aggravations d'un état antérieur non consécutif à un accident couvert, seront réglées mais seulement dans la mesure de l'aggravation attribuable à l'accident couvert. En cas d'augmentation des garanties, les aggravations des conséquences d'un accident survenu avant cette augmentation seront réglées sur la base des garanties existant au moment de cet accident.
- e) Si la consolidation n'est pas intervenue un an après le jour de l'accident et pour autant que l'assuré en fasse la demande, la Société paye la somme correspondant au plus petit des pourcentages d'invalidité permanente proposés par l'une des parties en cause.
- f) Dans tous les cas, la Société paie dans un délai de 30 jours après réception des documents médicaux attestant la consolidation ou le degré d'invalidité.
- g) Si, au moment de l'accident, l'assuré est âgé de moins de 16 ans, la somme assurée en cas d'invalidité est augmentée de 50 %.
- h) Les sommes dues pour le décès et pour une invalidité permanente, suite à un même accident ne peuvent jamais être cumulées.

Article 9 Frais médicaux et de traitement

- a) La Société prend en charge, à concurrence du montant prévu aux conditions particulières et, jusqu'à la consolidation des lésions, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation; les frais de prothèse, d'orthopédie et de transport nécessités par le traitement sont remboursés suivant le mode de calcul prévu en matière d'accidents du travail.
- b) En cas d'accident donnant lieu à garantie, la Société prend en charge jusqu'à concurrence d'un montant supplémentaire global de 250 EUR le remboursement des frais de nettoyage, réparation ou remplacement en valeur à neuf des vêtements et effets personnels appartenant à la victime ou se trouvant à bord du véhicule accidenté, ainsi que le remboursement des frais vétérinaires pour les animaux blessés à bord dudit véhicule.
- c) La Société intervient en complément des prestations de la Sécurité Sociale.

GENERALITES

Article 10 Exclusions

- A. Sont exclus de l'assurance : l'accident, le décès, l'invalidité et les frais médicaux ou de traitement résultant même partiellement :
- 1) du suicide, ou de la tentative de suicide de l'assuré ;
 - 2) de paris, de défis, de duels, d'actes notoirement téméraires ou d'accidents provoqués intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ;
 - 3) de rixes sauf si le bénéficiaire prouve que ni l'assuré, ni lui-même n'en sont les provocateurs ou les instigateurs ;
 - 4) du fait, pour l'assuré, d'être auteur, coauteur ou complice de crimes, contraventions ou délits volontaires ainsi que de leurs tentatives ;
 - 5) de tout fait ou succession de faits de même origine dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives ou à la fois des propriétés radioactives et de propriétés toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires ou des produits ou des déchets radioactifs; directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ainsi que de l'usage professionnel de rayon x; ces lésions sont toutefois couvertes si elles résultent de radiations subies lors d'un traitement nécessité par l'accident ;

- 6) de tremblements de terre, d'inondations, d'éruptions volcaniques, de raz de marée ou d'autres cataclysmes similaires de la nature lorsqu'ils sont survenus en Belgique ;
- 7) d'un fait de guerre, d'hostilité, d'invasion, d'occupation militaire, de troubles civils ou politiques.

La garantie reste toutefois acquise à l'assuré surpris à l'étranger par de tels événements, pendant le temps absolument nécessaire pour quitter la région troublée et au maximum pendant 14 jours si les transports sont rendus difficiles par ces événements.

La garantie demeure aussi acquise pendant le service militaire et les rappels dans l'armée belge en temps de paix.

Sont cependant exclus les accidents survenus pendant les périodes de mobilisations générales ou partielles ou lorsqu'il y a état de siège, sauf s'il n'existe aucun rapport entre cette situation et les causes de l'accident ;

- 8) d'attentat politique ou idéologique, de violence collective, d'émeutes, de grèves, de mouvements populaires ou événements similaires, sauf si le bénéficiaire prouve que l'assuré ne prenait pas part aux événements précités et ce sans préjudice de l'application de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ;
- 9) de l'explosion de matières explosives que l'assuré fabrique, transporte ou manipule ;
- 10) de l'usage ou de l'explosion des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique, même s'il s'agit d'un acte de terrorisme comme défini par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme ;
- 11) quant à l'assuré, de l'usage de drogues prises sans contrôle médical ou au-delà des doses prescrites ou des instructions médicales, d'un état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 gr/l de sang. Dans ces cas, l'accident est présumé, sauf preuve contraire, survenu par l'effet de ces états.

B. Ne sont pas couverts par l'assurance :

- 1) les aggravations qui ne sont pas la conséquence directe et exclusive d'un accident couvert ;
- 2) le lumbago, la sciatique, la périarthrite scapulo-humérale, l'épicondylite, les hernies discales et viscérales ainsi que leurs conséquences.

C. Si le conducteur ne satisfait pas aux conditions prescrites par la loi et les règlements belges ou étrangers pour pouvoir conduire ce véhicule, ou, lorsque, au moment du sinistre il est sous le coup d'une déchéance du droit de conduire en cours en Belgique, sont exclus du bénéfice de tout droit à la prestation de la Société :

- le conducteur du véhicule ;
- les passagers qui en étaient ou devaient en être conscients.

Article 11 Sports

A. La pratique d'un sport en tant qu'amateur non rémunéré, comme loisir et même lors de la préparation et la participation à des compétitions et concours, est couverte.

B. Le karting n'est couvert que moyennant convention particulière.

C. Restent cependant exclus :

- les sports aériens sous toutes leurs formes (delta-plane, parachutisme, saut à l'élastique, vol à voile, parapente etc...);
- la participation à des compétitions cyclistes, motocyclistes ou automobiles;
- les sports nautiques à voile, à rames ou à moteur à une distance de plus de 3 milles marins des côtes ou des rives ;
- le kitesurf.

Article 12 Déclaration de sinistre et contrôle - Soins médicaux

Lorsqu'un sinistre se produit, avis doit en être donné à la Société immédiatement et au plus tard dans les 8 jours ouvrables de sa survenance.

Le Preneur d'assurance doit fournir sans retard à la Société tous renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites.

A la déclaration sera joint un certificat médical mentionnant la nature des lésions, le degré d'incapacité et, le cas échéant, la cause du décès.

L'assuré est tenu à tout moment de se soumettre à l'examen des médecins de la Société et autorise expressément son médecin à transmettre au médecin conseil de la Société un certificat reprenant les renseignements précités.

Si une des obligations susmentionnées n'est pas remplie, la Société a le droit non seulement de réduire sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi, mais, en cas de fraude, elle peut décliner sa garantie.

Article 13 Description du risque - Obligation de déclaration du Preneur d'assurance

Le Preneur d'assurance 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 la Société des éléments d'appréciation du risque.

Article 14 Modifications du risque - Obligation de déclaration du Preneur d'assurance

En cours d'exécution du contrat, le Preneur d'assurance a l'obligation de déclarer les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une diminution ou une aggravation sensible et durable du risque.

Il doit faire connaître par écrit tout contrat semblable souscrit auprès d'un autre assureur.

Article 15 Prise d'effet de la garantie - Paiement de la prime

Le contrat est parfait par l'accord des parties. La garantie prend effet à la date désignée aux conditions particulières et au plus tôt après paiement de la première prime, sauf convention contraire.

Les primes sont annuelles et payables par anticipation.

Article 16 Défaut de paiement de la prime

En cas de défaut de paiement de la prime, la Société vous adresse un premier rappel, sans frais. Si la prime reste impayée suite à ce rappel, nous vous adressons une mise en demeure par envoi recommandé et vous nous serez alors redevable, en complément, de frais administratifs, fixés forfaitairement à 20,00 €.

Si vous êtes un consommateur, réciproquement, si nous sommes en défaut de vous payer en temps utile une somme d'argent, certaine, exigible et incontestée et à condition que vous nous ayez adressé une mise en demeure par envoi recommandé, nous vous serons redevables en complément de frais administratifs, fixés forfaitairement à €20,00.

En cas de défaut de paiement de la prime, autre que la première, la Société peut suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le Preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Le paiement des primes échues met fin à la suspension. Par paiement, on entend la réception par la Société des montants dus.

Article 17 Durée

La durée du contrat est d'un an.

Sauf si l'une des parties s'y oppose au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an.

Article 18 Etendue territoriale

L'assurance est valable dans le monde entier pour autant que le Preneur d'assurance ait sa résidence principale en Belgique.

Article 19 Expertise médicale

Tout désaccord d'ordre médical sera réglé par trois experts-médecins qui seront choisis, le premier par le Preneur d'assurance, le deuxième par la Société. En cas de désaccord, ces deux experts s'adjoignent un troisième.

Si l'une des parties ne désigne pas son expert ou si les deux experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal Civil du domicile du Preneur d'assurance, à la requête de la partie la plus diligente. Ces experts-médecins statueront en commun; à défaut de majorité, l'avis du troisième sera prépondérant.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de l'expert désigné par elle ; ceux du troisième expert sont partagés par moitié.

Toutefois, la Société supporte les frais et honoraires à charge de l'assuré dans la mesure où celui-ci obtient gain de cause.

Article 20 Résiliation

La résiliation du contrat se fait par exploit d'huissier, par lettre recommandée à la poste ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Sauf dans les cas visés aux articles 16, 17 et 24, la résiliation n'a effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois minimum à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

A l'expiration d'un délai d'un an à compter du début du contrat d'assurance, si le preneur d'assurance est un consommateur, celui-ci peut résilier le contrat. La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de deux mois à compter du lendemain de la signification ou à compter du lendemain de la date du récépissé, ou, en cas d'envoi recommandé, à compter du lendemain de sa remise.

Si le preneur d'assurance n'est pas un consommateur, il ne peut faire usage de cette possibilité de résiliation du contrat à tout moment après la première année d'assurance, et il est soumis à l'application de l'article 13, B.

Sans déroger aux autres dispositions prévues en la matière dans le présent contrat, la Société et le Preneur d'assurance peuvent également résilier le contrat après chaque déclaration de sinistre, au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité.

La résiliation prend effet au plus tôt trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

La résiliation du contrat par la Société après la déclaration d'un sinistre prend effet un mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé lorsque le Preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper l'assureur. Cette résiliation est soumise aux modalités prévues par l'article 86 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Le contrat est résilié de plein droit lorsque l'assuré établit sa résidence principale hors de Belgique.

Article 21 Litiges

Tout litige pouvant s'élever entre les parties, autre que celui faisant l'objet de l'article 19, sera soumis, conformément à l'article 628, 10° du Code judiciaire, à la compétence des tribunaux belges.

Article 22 Mise en demeure

Par dérogation à l'article 5.231 du Code civil, la lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante.

Article 23 Domicile - Communication

Le domicile des contractants est élu de droit, à savoir celui de la Société en son siège à Bruxelles, celui du Preneur d'assurance à l'adresse indiquée dans le contrat ou notifiée ultérieurement.

Toute notification est valablement faite à ces adresses, même à l'égard d'héritiers ou d'ayants cause de l'assuré et tant que ceux-ci n'ont pas signifié un changement d'adresse à la Société.

Lorsqu'une correspondance est adressée par la Société à l'assuré ou inversement, les dossiers ou documents de la Société ou de l'assuré attestent le contenu de la lettre; en cas de lettre recommandée, le récépissé de la poste fait foi de l'envoi.

Article 24 Modification tarifaire ou des conditions d'assurance

Si la Société modifie son tarif, elle a le droit de modifier le tarif du présent contrat à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le Preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait, le contrat prend fin à cette échéance.

Si le Preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de la notification de la modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain de la signification de la résiliation, ou de la date du réception, ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de la modification.

Les principes énoncés en matière de modification tarifaire sont d'application en cas de modification des conditions d'assurance.

La faculté de résiliation prévue aux deuxième et troisième alinéas n'existe pas lorsque la modification tarifaire ou la modification des conditions d'assurance résulte d'une disposition légale ou réglementaire.

Article 25 Subrogation

- A. Dans tous les cas, la Société conserve tout recours contre les responsables jusqu'à concurrence des montants qu'elle a déboursés en matière de frais médicaux ou de traitement, en ce compris les frais prévus à l'article 9 b).
- B. Moyennant convention particulière, la Société est subrogée jusqu'à concurrence de toutes sommes versées en vertu du présent contrat dans les droits et actions du Preneur d'assurance, des victimes ou de leurs ayants droit, contre les responsables de l'accident ou les assureurs couvrant la responsabilité de ceux-ci.

DISPOSITIONS DIVERSES

A. Fraude

Dans le cadre des présentes dispositions, on entend sous le terme « fraude à l'assurance », la tromperie de la Société ou d'une entreprise d'assurance lors de la conclusion ou en cours du contrat d'assurance ou lors de la déclaration ou du traitement d'un sinistre en vue d'obtenir une couverture d'assurance ou une prestation d'assurance.

L'attention du Preneur d'assurance est attirée sur le fait que toute fraude ou tentative de fraude est sanctionnée selon la législation applicable et/ou les dispositions des conditions générales ou particulières, et le cas échéant, peut entraîner des poursuites pénales.

B. Sanctions

Les garanties définies dans ce contrat seront considérées sans effet si par le fait d'accorder ces garanties, la Société s'expose à des sanctions, interdictions ou limitations dans le cadre de l'Organisation des Nations unies ou des sanctions commerciales ou économiques suivant des Lois et Règlements de l'Union européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

C. Protection de vos données personnelles

Conformément au Règlement Général sur la protection des données, nous portons à votre connaissance les informations suivantes.

Finalités des traitements des données – Destinataires des données – Base légale

Les données à caractère personnel transmises sont traitées par FEDERALE Assurance, responsable du traitement, en vue des finalités suivantes: l'évaluation des risques, l'émission du contrat d'assurance et son adaptation, l'exécution des prestations parmi lesquelles la gestion des sinistres consécutifs à cette assurance, la détection et la prévention de la fraude, le respect des obligations légales, la gestion de la relation commerciale et la surveillance du portefeuille.

A ces seules fins, elles peuvent être communiquées aux entreprises qui font partie du groupe FEDERALE Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de FEDERALE Assurance, aux tiers dans le cadre d'une exécution d'une obligation légale, aux réassureurs, à toute personne ou entité qui exerce un recours ou contre qui un recours est exercé en relation avec l'assurance en question.

La base juridique du traitement de données est constituée par le contrat d'assurance, ainsi que par l'obligation, découlant de ce contrat et de ses éventuels avenants, pour l'assureur, responsable du traitement, de procéder à l'indemnisation éventuelle. Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance, d'élaborer des statistiques et sert à des fins de marketing direct.

Dans l'hypothèse où ces documents ne seraient pas remplis de manière adéquate, l'assureur se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter ses obligations consécutives à ce contrat d'assurance et de donner suite à toute demande d'intervention.

Confidentialité

Des mesures techniques et organisationnelles ont été prises afin de garantir la confidentialité et la sécurité de vos données. L'accès à vos données personnelles est limité aux personnes qui en ont besoin dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

Conservation des données traitées

Les données traitées sont conservées par FEDERALE Assurance pendant au moins la période de garantie de l'assurance ou pendant la durée de la gestion du sinistre, qui sera adaptée chaque fois que les circonstances l'exigent. Cette durée sera prolongée du délai de prescription afin que l'assureur puisse faire face aux éventuels recours qui seraient engagés après la clôture du dossier sinistre.

Droit d'accès, de rectification et d'opposition

Les personnes concernées peuvent prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à FEDERALE Assurance à l'attention du Data Protection Officer – Rue de l'Etuve 12 à 1000 Bruxelles ou via mail à privacy@federale.be. Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités et dans les limites prévues par le Règlement Général sur la protection des données, s'opposer au traitement des données ou demander la limitation de ces traitements et s'opposer à ce qu'elles soient utilisées à des fins de marketing direct. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

Si vous transmettez à FEDERALE Assurance des données à caractère personnel de personnes avec qui nous n'avons pas de relations directes, nous vous demandons de les informer de ce transfert de données et de leurs droits y afférents.

Des données de contact

De plus amples informations peuvent être trouvées sur <http://www.federale.be> ou être obtenues en s'adressant à privacy@federale.be ou FEDERALE Assurance à l'attention du Data Protection Officer – Rue de l'Etuve 12 à 1000 Bruxelles. Une réclamation peut être introduite auprès de l'Autorité de protection de données.