

ASSURANCE 24 H / 24

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

- 1. Société :**
Fédérale Assurance, Société Coopérative d'Assurance contre les Accidents, l'Incendie, la Responsabilité Civile et les Risques Divers SC, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles, Belgique, RPM Bruxelles TVA BE 0403.257.506 — Société d'assurance agréée sous le n° 87 par la Banque Nationale de Belgique.
- 2. Preneur d'assurance :**
Le souscripteur du contrat.
- 3. Assuré :**
La personne soumise au risque et dont l'identité figure aux conditions particulières.
- 4. Bénéficiaires :**
Successivement, l'un à défaut de l'autre :
 - les personnes désignées aux conditions particulières;
 - l'assuré;
 - le conjoint de l'assuré au moment du décès, à condition qu'il ne soit pas séparé de corps ou la personne qui cohabitait légalement avec l'assuré au moment du décès;
 - les enfants de l'assuré;
 - les ayants droit de la victime, à l'exclusion de l'Etat.
- 5. Accident :**
La notion d'accident s'interprète conformément à la jurisprudence relative à la loi sur les accidents du travail.
- 6. Invalidité physiologique permanente :**
La diminution de l'intégrité physique de l'assuré, diminution dont le degré est déterminé médicalement sur la base du Barème Officiel des Invalidités (BOBI) ou par référence à celui-ci, ou, à défaut, selon la jurisprudence belge en la matière.
L'invalidité physiologique sera considérée comme permanente dès sa consolidation.
- 7. Consolidation :**
Moment où les conséquences de lésions corporelles subies par l'assuré lors d'un accident, ne sont plus susceptibles d'évolution.
Conventionnellement, la consolidation est considérée comme acquise d'office au plus tard trois ans après la date de la survenance de l'accident sur la base des séquelles permanentes observées à ce moment.
- 8. Incapacité temporaire :**
Incapacité de se livrer à ses occupations professionnelles habituelles constatée par décision médicale.
- 9. Délai de carence :**
Période durant laquelle aucune indemnisation n'est due.
- 10. Rémunération conventionnelle :**
Rémunération forfaitaire mentionnée aux conditions particulières.

TITRE I ASSURANCE INDIVIDUELLE

Article 1 Objet

Le contrat a pour objet de garantir au(x) bénéficiaire(s) le paiement des indemnités prévues ci-après, lorsque l'assuré a été victime d'un accident corporel au cours de l'exercice de sa profession déclarée ou au cours de sa vie privée.

Les garanties autres que celles relatives aux frais médicaux et à la protection juridique ont un caractère forfaitaire.

Article 2 Etendue territoriale

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

Article 3 Limite d'âge

L'assurance prend fin de plein droit à l'échéance annuelle suivant le septantième anniversaire de l'assuré.

Article 4 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. Les sports suivants ne sont couverts que moyennant convention particulière :
- les sports de combat, de défense et de lutte;
 - le hockey sur gazon et le rugby;
 - le karting;
 - les sports de football, lors de la participation à des compétitions;
 - la plongée sous-marine avec bouteille d'air comprimé ;
 - l'alpinisme en montagne et l'escalade de parois rocheuses;
 - la spéléologie.
- C. Restent cependant exclus :
- la boxe;
 - le bobsleigh et le hockey sur glace;
 - 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 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

L'assurance couvre les accidents causés par le terrorisme comme prévu par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

La Société est membre, à cette fin, de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. 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 du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme est soumise aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de ladite loi.

Article 6 Exclusions

A. Sont exclus de l'assurance les accidents 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 les 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 de 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 rayons x; ces lésions sont toutefois couvertes si elles résultent de radiations subies lors d'un traitement nécessité par l'accident;
- 6) de tremblement de terre, d'inondation, d'éruption volcanique, de raz de marée, d'ouragan lorsqu'ils sont survenus en Belgique;
- 7) — d'un fait de guerre, d'hostilité, d'invasion, d'occupation militaire,
— de troubles civils ou politiques pour autant que l'assuré ait pris part à cette action de manière active ou comme instigateur.
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.
Sont cependant exclus les accidents survenus pendant les périodes de mobilisations générales ou partielles concernant l'assuré 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) de prestations effectuées dans le cadre du service militaire et des rappels dans l'armée belge en temps de paix;
- 9) d'attentats politiques ou idéologiques, 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'assurance des accidents survenus par le fait d'actes de terrorisme tels que définis par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme;
- 10) de l'explosion de matières explosives que l'assuré fabrique, transporte ou manipule;
- 11) dans le chef de 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, être survenu par l'effet de ces états;
- 12) de l'usage de la moto ou du quad en qualité de conducteur ou de passager; restent toutefois couverts les accidents qui frappent l'assuré lorsqu'il est occasionnellement passager d'une moto ou d'un quad dont ne sont propriétaires ni lui, ni l'un des membres du ménage dont il fait partie.

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) les personnes estropiées, mutilées, atteintes de lésions ou de maladies, temporaires ou permanentes, non déclarées dans la proposition d'assurance alors qu'elles étaient soit connues de l'assuré, soit de nature telle que leurs manifestations ne pouvaient physiquement pas échapper à sa connaissance, sauf si l'assuré ou les bénéficiaires démontrent l'absence de relation causale entre l'accident et son état.

TITRE II SOMMES ASSUREES

Article 7 Décès

- a) En cas de décès de l'assuré suite à un accident, la Société verse au bénéficiaire, un capital égal à 5 fois la rémunération conventionnelle à la date de l'accident.
- b) Le versement du capital aura lieu dans les 30 jours à dater de la réception de tous les documents nécessaires à la prise en charge du décès accidentel de l'assuré, 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.
- c) En cas de contestation, le versement du capital interviendra dans les 15 jours suivant soit l'accord amiable, soit la décision des experts-médecins, soit la décision judiciaire coulée en force de chose jugée.
- d) Indépendamment du droit à la garantie prévue ci-dessus, la Société rembourse jusqu'à concurrence d'un montant égal à 30 fois 1/365 de la rémunération conventionnelle, pour l'ensemble des frais ci-après :
— les frais funéraires;
— les frais de transfert de la victime, en Belgique, vers l'endroit où la famille souhaite la faire inhumer;
— les frais de rapatriement lorsque le décès est survenu à l'étranger.

Article 8 Invalidité physiologique permanente

A. Objet.

En cas d'invalidité physiologique permanente suite à un accident, la Société verse au bénéficiaire, un capital égal à 10 fois la rémunération conventionnelle à la date de l'accident multiplié par le taux d'invalidité indemnisable à la consolidation.
Si ce taux d'invalidité est égal ou supérieur à 67 %, le capital prévu sera majoré de 50 %.

B. Détermination du taux d'invalidité physiologique permanente.

Pour la détermination du taux d'invalidité physiologique permanente, seul sera pris en considération le caractère physiologique de l'atteinte à l'intégrité physique, abstraction faite des répercussions socio-économiques dans la profession comme sur le marché général du travail, et sans égard à un préjudice esthétique éventuel.

Ce taux est fixé au moment de la consolidation.

En aucun cas, le taux d'invalidité physiologique permanente, même consécutif à plusieurs sinistres, ne pourra excéder 100 %.

C. Détermination du taux d'invalidité indemnisable.

Le taux indemnisable est le taux déterminé d'après les conséquences directes de l'accident.

Ne sont dès lors pas prises en considération :

- les infirmités, maladies antérieures à la souscription du présent contrat;
- les conséquences de l'accident, dans la mesure où elles ont été aggravées par cet état antérieur;
- les conséquences d'une invalidité :
 - . survenue pendant la période de suspension précédant la remise en vigueur du contrat;
 - . antérieure à un avenant actant une modification de rémunération conventionnelle, uniquement en ce qui concerne cette modification;
 - . survenue pendant la période de validité du contrat mais non prise en charge par la Société.

D. Consolidation de l'invalidité et versement du capital.

- La consolidation de l'invalidité physiologique permanente ouvre le droit au versement du capital précité et libère expressément la Société de toutes autres prestations ultérieures de quelque nature que ce soit, relatives à cet accident.
- Le versement du capital aura lieu dans les 30 jours de la consolidation.

Article 9 Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire suite à un accident, la Société paie au bénéficiaire une indemnité journalière égale à 90 % d'1/365 de la rémunération conventionnelle.

Cette indemnité n'est due qu'à partir du huitième jour calendrier qui suit la date du certificat médical constatant l'incapacité.

Cette indemnité est payée tant que l'assuré est totalement incapable de se livrer à ses occupations professionnelles habituelles.

Elle est réduite proportionnellement lorsqu'il peut vaquer partiellement à ses occupations professionnelles habituelles ou lorsque, étant sans profession, il n'est plus obligé de garder la chambre.

Sans déroger à l'article 8.D., l'indemnité est payable mensuellement à terme échu et est due par jour calendrier d'incapacité pendant une période ne dépassant pas 3 ans à dater du jour de l'accident.

Article 10 Frais médicaux

a) Sans déroger à l'article 8.D., les frais médicaux sont remboursés jusqu'à concurrence de 150 % des indemnités prévues en matière d'accidents du travail.

b) La Société intervient en complément des prestations de la Sécurité Sociale.

TITRE III PROTECTION JURIDIQUE

Article 11

1. Objet de la garantie

Pour autant que mention en soit faite aux conditions particulières, la Société garantit aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du montant y indiqué, par sinistre, le paiement des frais et honoraires des avocats et experts, ainsi que des frais d'enquête, expertise et procédure en justice requis pour obtenir amiablement ou judiciairement des tiers responsables de l'accident couvert par le Titre I., la réparation des dommages corporels, y compris le remboursement des frais médicaux qui ne sont pas pris en charge par la Société.

2. Déclaration des sinistres Protection Juridique

Tout sinistre doit être déclaré immédiatement et au plus tard dans les huit jours ouvrables de sa survenance à la Société.

3. Gestion des sinistres Protection Juridique

FEDELEX est chargé de la gestion des sinistres Protection Juridique et assume la direction de tous les pourparlers, négociations et transactions amiables. FEDELEX est un service appartenant à Fédérale Assurance SC agissant selon les principes de gestion distincte, conformément à la réglementation relative à l'assurance Protection juridique. Aucune proposition ou transaction ne peut être acceptée sans l'accord préalable des bénéficiaires.

Les coordonnées complètes du service de gestion sinistres FEDELEX sont les suivantes :

FEDELEX, service interne de Fédérale Assurance, Société Coopérative d'Assurance contre les Accidents, l'Incendie, la Responsabilité Civile et les Risques Divers SC, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles, Belgique, RPM Bruxelles TVA BE 0403.257.506.

02/432.09.40
sinistres.pj@federale.be

4. Libre choix de l'avocat

Les bénéficiaires ont la liberté de choisir un avocat pour défendre, représenter ou servir leurs intérêts :

a) lorsqu'il faut recourir à une procédure judiciaire, administrative ou arbitrale. Dans le cas d'un arbitrage, d'une médiation ou d'un autre mode non judiciaire reconnu de règlement des conflits, les bénéficiaires ont le droit de choisir une personne ayant les qualifications requises et désignée à cette fin.

b) chaque fois que surgit un conflit d'intérêts avec la Société sans préjudice de la procédure prévue au point 5 ci-dessous en cas de désaccord quant au règlement du sinistre.

Est assimilé à un avocat dans le cadre de la présente garantie toute autre personne ayant les qualifications nécessaires pour défendre les intérêts des bénéficiaires, dans la mesure où la loi concernant la procédure le permet. Les bénéficiaires s'engagent à aviser la Société de l'identité de leur avocat avant de prendre contact avec celui-ci, sauf cas d'urgence dûment justifié et à répondre à toute demande d'information concernant l'évolution de l'affaire.

En cas de conflit d'intérêts, la Société informera les bénéficiaires des droits que leur confère le présent article.

5. Clause d'objectivité

Les bénéficiaires, sans préjudice de la possibilité d'engager une procédure judiciaire, peuvent consulter un avocat de leur choix, en cas de divergence d'opinion avec FEDELEX quant à l'attitude à adopter pour régler le sinistre et après notification par FEDELEX de son point de vue ou son refus de suivre la thèse des bénéficiaires.

Si l'avocat confirme la position de FEDELEX, les bénéficiaires sont remboursés de la moitié des frais et honoraires de cette consultation.

Si, contre l'avis de cet avocat, les bénéficiaires engagent à leurs frais une procédure et obtiennent un meilleur résultat qu'ils auraient obtenu s'ils avaient accepté le point de vue de FEDELEX, la Société est tenue de fournir sa garantie et de rembourser les frais et honoraires de la consultation qui seraient restés à charge des bénéficiaires.

Si l'avocat consulté confirme la thèse des bénéficiaires, la Société est tenue, quelle que soit l'issue de la procédure, de fournir sa garantie, y compris les frais et honoraires de la consultation.

TITRE IV DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Article 12 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 13 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.

TITRE V PRIMES

Article 14 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 15 Défaut de paiement de la prime

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 16 Modification tarifaire ou des conditions d'assurance

Si l'assureur modifie son tarif, il 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 récépissé, 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 17 Indexation

Les sommes assurées et la prime varient à l'échéance annuelle de la prime selon le rapport existant entre :

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

Par indice des prix à la consommation en vigueur au moment de l'échéance, on entend celui du premier mois du trimestre civil précédent.

Les sommes assurées en cas de sinistre seront celles qui correspondent à l'indice appliqué à la dernière prime perçue.

TITRE VI SINISTRES

Article 18 Déclaration de sinistre

Lorsqu'un sinistre se produit, avis doit en être donné à la Société immédiatement et au plus tard dans les huit 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 de l'incapacité et sa durée probable. En cas de prolongation de l'incapacité un nouveau certificat médical doit être transmis au médecin conseil de la Société, dans les 48 heures et par lettre recommandée, qui mentionne son état du moment, la durée probable de prolongation de l'incapacité et le degré de celle-ci.

Le Preneur d'assurance autorise expressément son médecin à transmettre au médecin conseil de la Société un certificat établissant la cause du décès.

Si le Preneur d'assurance ne remplit pas ces obligations, 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 19 Soins médicaux

L'assuré doit recourir dans le plus bref délai aux soins médicaux nécessités par son état et se conformer aux prescriptions du médecin traitant en vue de hâter sa guérison.

Il est tenu de se soumettre à l'examen des médecins de la Société et d'inviter son médecin traitant à répondre à toute demande de renseignement émanant de ceux-ci.

Article 20 Paiement des indemnités

Les prestations sont payables sur production des pièces justificatives et ne sont productives d'aucun intérêt.

Pour les accidents dus à 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, la hauteur des engagements des entreprises d'assurance ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisation sont soumis aux décisions du Comité constitué en application des articles 5 et suivants de ladite loi.

TITRE VII DISPOSITIONS COMMUNES

Article 21 Durée

La durée du contrat est d'un an.

Sauf si 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 22 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 15, 16 et 21, la résiliation n'a d'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.

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.

Toutefois, la résiliation par la Société après la déclaration de 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, l'assuré ou le bénéficiaire a 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 23 Taxes

Les impôts, contributions, taxes, droits, patentes ou additionnels établis ou à établir sous une dénomination quelconque, par quelque autorité que ce soit, à la charge de la Société du chef de l'existence du contrat, des primes perçues ou des sommes assurées sont et seront exclusivement supportés par le Preneur d'assurance ou par les bénéficiaires.

Article 24 Subrogation

Par le seul fait du contrat, 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 civile de n'importe quel responsable de l'accident.

En outre, et pour autant que de besoin, les bénéficiaires cèdent à la Société, pour les sommes reçues de celle-ci, leurs créances contre les tiers responsables de l'accident ou les assureurs couvrant la responsabilité de n'importe quel responsable de l'accident.

Article 25 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 26 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 proportion où celui-ci obtient gain de cause.

Article 27 Litiges

Tout litige pouvant s'élever entre les parties, autre que celui faisant l'objet de l'article 26 sera soumis à la compétence des tribunaux belges.

Article 28 Mise en demeure

Par dérogation à l'article 1139 du Code civil, la lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante.

TITRE VIII DISPOSITION 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 Fédérale 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 Fédérale Assurance, aux personnes physiques ou entreprises qui interviennent comme prestataire de service ou sous-traitant pour le compte de Fédérale 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 Fédérale 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 Fédérale 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 Fédérale 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 Fédérale 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.