

ASSURANCE INDIVIDUELLE REVENU GARANTI

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. Assurés :**
la personne soumise au risque et dont l'identité figure aux conditions particulières.
- 4. Bénéficiaire :**
la personne à qui des prestations sont dues en vertu du présent contrat.
- 5. Accident :**
toute atteinte à l'intégrité physique provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré, étrangère à sa volonté et pouvant être constatée par un médecin légalement admis à exercer.
- 6. Maladie :**
toute altération d'origine non accidentelle de l'état de santé, caractérisée par l'apparition d'un ensemble de phénomènes anormaux accompagnés de modifications pathologiques. L'altération doit pouvoir être constatée par un médecin légalement admis à exercer.
- 7. Année d'assurance :**
chaque période annuelle et indivisible, s'écoulant à partir de la première échéance annuelle de la prime.

TITRE I

NATURE DES GARANTIES ET MODALITES DE LEUR APPLICATION

Article 1 Objet de l'assurance

Le présent contrat a pour objet de garantir au bénéficiaire le paiement d'une rente et au Preneur d'assurance le remboursement des primes payées lorsque l'assuré est atteint d'une incapacité provoquée par un accident ou une maladie. Les garanties ont un caractère forfaitaire.

Article 2 Critères d'incapacité

Sans déroger aux dispositions de l'article 25, les prestations de la Société sont calculées d'après le degré d'incapacité économique; ce degré est toujours le plus élevé des degrés déterminés en fonction des critères physiologiques ou économiques.

En aucun cas, le taux d'incapacité, même consécutive à plusieurs sinistres, ne pourra excéder cent pour cent.

Article 3 Invalidité physiologique

C'est une diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré, diminution dont le degré est déterminé médicalement sur la base du Barème Officiel Belge des Invalidités ou par référence à celui-ci, ou, à défaut, selon la jurisprudence belge en la matière.

Article 4 Incapacité économique

C'est la diminution de la capacité de travail, diminution éprouvée par l'assuré dans ses activités professionnelles par suite de maladie ou d'accident.

Il est tenu compte des possibilités de réadaptation de l'assuré dans une activité professionnelle en fonction de ses aptitudes, connaissances et milieu social.

L'appréciation de ce degré d'incapacité est indépendante de tout autre critère économique.

Article 5 Degré d'incapacité

Aucune prestation n'est due si l'incapacité économique ou physiologique n'atteint pas au moins 25 % indemnissables, ou à partir du moment où elle redescend en-dessous de ce pourcentage.

L'incapacité est considérée comme totale lorsqu'elle atteint 67 % indemnissables

Article 6 Délai de carence

Le délai de carence, prévu aux conditions particulières, débute à la date fixée médicalement comme étant celle du début de l'incapacité.

Ce délai est suspendu aussi longtemps que le degré d'incapacité est situé en-dessous de 25 %. Un nouveau délai de carence sera d'application lorsque le degré d'incapacité est situé en-dessous de 25 % pendant une période de plus de 90 jours consécutifs ou lorsqu'après une suspension la nouvelle incapacité n'a pas la même origine que la précédente.

Article 7 Paiement de la rente

La rente annuelle est payable par fractions mensuelles, à terme échu, après l'expiration du délai de carence, la première fois par un prorata initial le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse, proportionnellement au degré d'incapacité et pendant toute la durée de celle-ci sans pouvoir dépasser l'âge prévu aux conditions particulières pour le terme du contrat.

Article 8 Remboursement des primes

La Société procédera au remboursement total ou partiel des primes payées selon les mêmes critères que ceux appliqués pour le paiement de la rente.

Article 9 Risque «Aviation»

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

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 ainsi que pendant tout essai fait en vue de participer à l'une de ces activités.

Sont couverts les accidents survenant à l'assuré à partir du moment où il monte dans l'appareil jusqu'à ce qu'il en soit descendu.

La garantie de la Société s'étend aux dommages que l'assuré aurait fait constater médicalement et qui seraient consécutifs à un accident survenu à l'appareil dans lequel l'assuré avait pris place ou à la suite d'un atterrissage forcé, alors même que l'assuré n'aurait pas subi de blessures lors de la survenance de cet accident ou de cet atterrissage forcé.

TITRE II ETENDUE DE L'ASSURANCE

Article 10 Extensions

L'assurance s'étend :

- 1) aux lésions :
 - dues à l'absorption par méprise de substances toxiques ou corrosives,
 - subies en état de légitime défense,
 - dues au sauvetage de personnes ou de biens en péril,
 - qui sont la suite d'un effort soudain, même volontaire, pour autant qu'une cause extérieure à l'organisme de l'assuré en soit l'origine,
- 2) aux intoxications dues au dégagement fortuit de gaz ou de vapeurs délétères,
- 3) à la noyade,
- 4) à la congélation ou à l'insolation consécutive à un accident couvert par le présent contrat,
- 5) à l'invalidité découlant de la grossesse mais, au plus tôt, trois mois après l'accouchement.

Article 11 Etendue territoriale

L'assurance est valable pour les maladies et les accidents survenus en Europe et hors d'Europe pendant les séjours ne dépassant pas trois mois.

L'assuré doit résider habituellement en Belgique.

Si un assuré en traitement en Belgique est transféré ou se fait soigner à l'étranger sans l'accord de la Société, les effets de l'assurance seront suspendus pendant la durée de ce séjour pour le sinistre ayant provoqué le traitement.

Article 12 Limite d'âge

L'assurance prendra fin de plein droit au terme fixé aux conditions particulières.

Article 13 Personnes non assurables

Sauf convention spéciale, ne sont pas assurables 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 physiques ne pouvaient pas échapper à sa connaissance.

Article 14 Exclusions

1. Sont exclus des garanties :

A. Les accidents de toute nature et les maladies qui résultent même partiellement :

- 1) — des traitements externes que l'assuré pratique sur lui-même alors qu'ils relèvent normalement de l'art médical;
 - des traitements esthétiques ;
- 2) d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- 3) de paris, de défis, de duels, d'actes notoirement téméraires ou d'accidents et de maladies, provoqués intentionnellement par le Preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire ;
- 4) de rixes sauf si le bénéficiaire prouve que l'assuré ou lui-même n'en sont ni le provocateur, ni l'instigateur ;
- 5) du fait, pour l'assuré d'être auteur, coauteur ou complice de crimes ou de délits volontaires ainsi que de leurs tentatives ;
- 6) de tout fait ou succession de faits de même origine dès lors que ce fait ou ces faits provien(nen)t ou résulte(nt) des propriétés radioactives ou à la fois radioactives et des propriétés toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, ou des produits ou des déchets radioactifs ;

- 7) directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ainsi que de l'usage professionnel de rayons X ;
- 8) de tremblements de terre, d'inondations, d'éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes similaires de la nature, l'avalanche de neige n'étant pas considérée comme tels ;
- 9) d'un fait de guerre, d'hostilité, d'invasion, d'occupation militaire, de troubles civils ou politiques ;
- 10) de terrorisme ou 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 ou qu'il n'était pas concerné par ceux-ci ;
- 11) de l'état de somnambulisme dans lequel se trouve l'assuré, même si cet état n'est qu'une des causes de l'accident ou de la maladie ;
- 12) de la fabrication, du transport ou de la manipulation de matières explosives ou d'engins de guerre, l'usage de ces derniers étant toutefois autorisé pendant les périodes de rappel sous les armes n'excédant pas 60 jours consécutifs ;
- 13) de l'usage de la moto en qualité de conducteur ou de passager; restent toutefois couverts les accidents qui frappent l'assuré lorsqu'il est exceptionnellement passager d'une moto dont ne sont propriétaires ni lui, ni l'un des membres du ménage dont il fait partie ;
- 14) de la toxicomanie ainsi que de l'usage de drogues, prises sans contrôle médical ou au-delà des doses prescrites ou des instructions médicales ;
- 15) de l'alcoolisme ou d'un état d'intoxication alcoolique au sens de la législation sur le roulage, révélé par les résultats d'une prise de sang ou lorsqu'il apparaît par des témoignages ou tout autre indice quelconque que l'état normal de l'assuré est altéré par l'alcool. En cas d'accident, celui-ci est présumé, sauf preuve du contraire, survenu par l'effet de cette intoxication ou de cette altération.

B. L'incapacité résultant même indirectement :

- 1) d'affections mentales et de dépressions nerveuses, ainsi que d'affections nerveuses dont le diagnostic ne repose pas sur des signes organiques.
 - 2) de malformations et affections congénitales.
 - 3) de maladies et soins dentaires.
 - 4) de cures.
2. Sauf stipulation contraire prévue aux conditions particulières, sont également exclues les infirmités, lésions et maladies dont la première manifestation se situe antérieurement à la souscription du contrat ou à toute nouvelle augmentation des garanties et ce uniquement en ce qui concerne cette augmentation

Article 15 Sports

- A. La pratique de sports est couverte en tant qu'amateur non rémunéré, même à l'occasion de la préparation et lors de la participation à des compétitions, concours, courses et matches.
- B. Ne sont couverts que moyennant convention spéciale les sports suivants :
- le ski nautique ;
 - le rugby ;
 - la pratique des sports de combat, de défense et de lutte ;
 - la participation à des matches de football, football en salle, mini football et de hockey sur gazon ;
 - la participation à des courses de trot attelé (sulky) ;
 - la participation à des concours hippiques et jumpings ;
 - la plongée sous-marine ;
 - l'alpinisme ;
 - la spéléologie ;
 - la pratique de sports nautiques à voile, à rames ou à moteur, à une distance de plus de 3 milles marins des côtes ou des rives.
- C. Restent toutefois exclus :
- la boxe, le bobsleigh, le hockey sur glace ;
 - les sports aériens, tels que le deltaplane, le parachutisme, le vol à voile et analogues ;
 - la préparation ou la participation à des courses cyclistes, motocyclistes et automobiles ;
 - la chasse aux grands animaux et aux animaux féroces hors d'Europe.

TITRE III

DECLARATION DU PRENEUR D'ASSURANCE

Article 16 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 17 Obligation de déclaration du Preneur d'assurance en cours du contrat

En cours du contrat le Preneur d'assurance a l'obligation de déclarer tout changement ou cessation de profession de l'assuré, de même que tout contrat semblable souscrit auprès d'un autre assureur.

Article 18 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 19 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, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à la suspension. Par paiement on entend la réception par la Société des montants dûs, augmentés des intérêts. Par paiement on entend la réception par la Société des montants dûs, augmentés des intérêts.

Article 20 Modification du tarif ou des conditions générales

Si la Société modifie son tarif ou ses conditions générales, elle a le droit d'appliquer cette modification au contrat à partir de l'échéance annuelle suivante.

Si le Preneur d'assurance est averti de cette modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle de son contrat d'assurance, il peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de la notification de cette modification.

Cette résiliation est soumise aux modalités prévues à l'article 28 du présent contrat.

Article 21 Péréquation

A. La rente assurée est péréquée et varie à l'échéance annuelle 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 de la police 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.

B. La rente payée en cas de sinistre est celle qui correspond à l'indice appliqué à la dernière prime perçue avant la date de survenance du sinistre.

- C. La prime relative à l'augmentation de la rente assurée, est calculée en fonction de l'âge atteint par l'assuré et du tarif en vigueur lors de l'augmentation.
- D. Dans le mois qui suit cette adaptation du contrat, le Preneur d'assurance a la faculté de demander la continuation du contrat pour la rente et à la prime anciennement en vigueur.
- E. La péréquation de la rente assurée ou la continuation de cette péréquation pourra être refusée par la Société après toute déclaration de sinistre, pendant une période d'incapacité ou lorsque le Preneur d'assurance aura antérieurement refusé l'application de la péréquation.

Article 22 Rente croissante

Si mention en est faite aux conditions particulières, le montant de la rente payée pendant la période d'invalidité, conformément à l'article 21 B., croît annuellement de 3 pour cent, selon une progression géométrique. Indépendamment de la période de carence, la première majoration interviendra un an après le début de l'invalidité.

TITRE V SINISTRES

Article 23 Déclaration des sinistres

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 le début, la nature de la maladie ou des lésions, la durée probable et le degré de l'incapacité, ainsi que l'éventualité d'une hospitalisation et sa durée probable.

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 24 Recours aux soins médicaux : obligations de l'assuré

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 il autorisera les médecins traitants à communiquer aux médecins-conseils de la Société toutes les informations qu'ils possèdent concernant son état de santé.

Article 25 Fixation de l'incapacité

La Société détermine le pourcentage d'incapacité ainsi que sa durée et avise le bénéficiaire de sa décision.

La non-acceptation de celle-ci doit, pour être recevable, être signifiée à la Société, par lettre recommandée, dans le délai de 15 jours francs à dater de la notification.

En cas de cumul ou d'interaction d'incapacité physiologiques ou économiques, simultanées ou successives, le taux final d'invalidité sur base duquel sera calculée la rente ne pourra excéder le plus élevé des taux résultant soit de l'incapacité économique, soit de l'invalidité physiologique.

Pour la détermination du taux final indemnisable de l'invalidité physiologique ou économique, ne seront pas prises en considération les conséquences d'une invalidité :

- antérieure à la date d'effet du contrat ou survenue pendant la période de suspension précédant sa remise en vigueur ;
- antérieure à un avenant actant une augmentation de garantie, uniquement en ce qui concerne celle-ci ;
- survenue pendant la période de validité du contrat mais non prise en charge par la Société pour une raison autre que celle prévue à l'article 5.

L'incapacité relative à un sinistre antérieur, pris en charge par la Société, reste indemnisée selon la formule et sur base du montant de la rente assurée à la date de survenance de ce sinistre.

Article 26 Modifications ultérieures du degré d'incapacité

Selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 23 doit être signalée à la Société, par lettre recommandée, dans un délai d'un mois, toute modification dans les facteurs physiologiques ou économiques, susceptible d'avoir une répercussion sur le degré d'invalidité et venant à être connue par l'assuré ou de nature telle que sa manifestation physique ne peut échapper à sa connaissance.

Le non-respect de ces dispositions entraîne :

- soit le remboursement par le bénéficiaire des sommes qu'il a perçues indûment ;
- soit la perte du droit aux prestations supplémentaires dues à l'aggravation de l'incapacité, jusqu'au moment où la Société aura eu connaissance de cette modification.

Article 27 Règlement des sommes assurées : conditions et modalités de paiement

A. Les prestations de l'assurance sont déterminées en fonction des garanties souscrites et ne sont productives d'aucun intérêt.

B. Elles sont payables au Preneur d'assurance, sauf convention contraire, sur la base d'un certificat médical mensuel actant :
— le début,
— la nature et la durée de l'incapacité consécutive à un accident ou à une maladie,
— le degré de l'incapacité de travail.

C. Si, à l'expiration d'une période d'incapacité, l'assuré est toujours en incapacité, il doit transmettre à la Société, dans le délai de 8 jours francs et par lettre recommandée, un certificat médical identique à celui défini au B. ci-dessus.

Faute par l'assuré de remplir les obligations précitées, la Société n'est tenue au paiement de la rente et à l'exonération du paiement des primes que pour la période et pour le degré d'incapacité, prévus au dernier certificat.

TITRE VI DISPOSITIONS GENERALES

Article 28 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 19 et 20, 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.

Le Preneur d'assurance peut résilier le contrat chaque année, soit à la date anniversaire de la prise de cours de l'assurance, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime.

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

Article 29 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 de la police, des primes perçues ou de la rente assurée, sont et seront exclusivement supportés par le Preneur d'assurance ou par le bénéficiaire.

Article 30 Communications

Le domicile des contractants est élu de droit, à savoir: celui de la Société en son siège à Bruxelles, celui du Preneur d'assurance et de l'assuré chacun en son domicile légal ou siège social.

En cas de changement de domicile légal ou siège social, le Preneur d'assurance et l'assuré sont tenus d'en aviser immédiatement la Société.

S'ils ne le font pas, tous avis ou exploits leur seront valablement remis au dernier domicile connu de la Société.

L'élection du domicile du Preneur d'assurance et de l'assuré est prévue au bénéfice exclusif de la Société qui peut donc y renoncer et prendre en considération le domicile réel.

Article 31 Expertise médicale

Tout désaccord d'ordre médical sera réglé en vertu d'une décision prise par trois experts-médecins qui seront choisis, le premier par l'assuré, le second par la Société; ces deux experts désigneront le 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 de l'assuré à la requête de la partie la plus diligente.

Ces experts-médecins statueront en commun; ils sont dispensés de toutes formalités; à défaut d'accord, l'avis du troisième sera prépondérant. Leur décision est souveraine et irrévocable.

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

Les experts auront à procéder contradictoirement et dans le respect des droits de défense de chacune des parties.

Article 32. Litiges

Tout litige pouvant s'élever entre les parties, autre que celui faisant l'objet de l'article 31 sera soumis conformément à l'article 628, 10 du code judiciaire, à la compétence du juge du domicile du Preneur d'assurance.

Article 33 Mise en demeure

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

Les dossiers ou documents de la compagnie justifient le contenu de la lettre; le récépissé de la poste justifie l'envoi.

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.