

F-COVER :

ASSURANCE SOLDE RESTANT DÛ ASSURANCE TEMPORAIRE DÉCÈS A CAPITAL CONSTANT

(sans assurances complémentaires)

Conditions générales

CONTENU

Conditions générales

<i>Définitions</i>	1
Article 1 - Objet et garantie du contrat d'assurance	1
Article 2 - Bases du contrat d'assurance	1
Article 3 - Prise d'effet et résiliation du contrat d'assurance	2
Article 4 - Durée du contrat d'assurance	2
Article 5 - Prime et non-paiement de la prime	2
Article 6 - Etendue de la couverture décès	3
A. Généralités	3
B. Territorialité	3
C. Risques exclus	3
D. Terrorisme	4
Article 7 - Taxes et frais	5
Article 8 - Réduction et rachat	5
A. Réduction	5
B. Rachat	5
Article 9 - Remise en vigueur	6
Article 10 - Avance sur police et mise en gage	6
Article 11 - Désignation du bénéficiaire	6
Article 12 - Participation bénéficiaire	6
Article 13 - Paiement du capital décès	6
Article 14 - Fiscalité	7
Article 15 - Protection du client	7
Article 16 - Dispositions diverses	9

Définitions

A. Preneur d'assurance :

La personne qui conclut le contrat d'assurance avec l'entreprise d'assurances.

B. Assuré :

La personne sur la tête de laquelle le contrat d'assurance est conclu.

C. Bénéficiaire(s) :

La (les) personne(s) indiquée(s) aux conditions particulières à qui revient la prestation d'assurance prévue au contrat.

D. Entreprise d'assurances

FEDERALE Assurance, association d'assurance mutuelle, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles - Belgique - www.federale.be.
Société d'assurance agréée sous le n° 124 par la Banque Nationale de Belgique (Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles)
RPM Bruxelles TVA BE 0403.274.332
compte financier BIC : BBRUBEBB IBAN : BE64 3100 7685 9452.

E. Prime :

Prix demandé par l'entreprise d'assurances pour assurer les prestations choisies.

F. Prime de risque révisable et prime nivelée :

Prime de risque révisable : prime périodique recalculée au début de chaque année d'assurance en fonction de l'âge atteint par l'assuré à ce moment.

Prime nivelée : prime non révisable en fonction de l'âge de l'assuré et qui, selon le cas, est une **prime unique** ou une **prime périodique constante**.

G. Valeur de rachat théorique :

Réserve formée par la capitalisation de la ou des prime(s) payée(s), après déduction des frais et des sommes consommées pour la couverture du risque de décès.

H. Année d'assurance :

Période annuelle débutant à la date de prise d'effet du contrat d'assurance et se renouvelant ensuite à chaque anniversaire de la date de prise d'effet.

Article 1 – Objet et garantie du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance garantit le paiement du capital assuré au(x) bénéficiaire(s) si le décès de l'assuré survient pendant la durée du contrat.

L'assurance solde restant dû est une assurance temporaire en cas de décès dont le capital assuré décroît périodiquement pendant la durée du contrat.

L'assurance temporaire décès à capital constant est une assurance dont le capital assuré reste fixe pendant toute la durée du contrat.

Article 2 – Bases du contrat d'assurance

Cadre juridique

La proposition d'assurance, le questionnaire médical, les conditions générales et particulières forment l'ensemble des dispositions applicables au contrat d'assurance.

Les statuts de l'entreprise d'assurances ainsi que les dispositions légales et réglementaires belges concernant les assurances-vie sont d'application au contrat d'assurance.

Bases techniques du tarif

Un tarif d'expérience détermine le coût de l'assurance.

Les bases techniques du tarif d'expérience sont :

- des lois de mortalité ;
- des frais d'inventaire, d'acquisition et de recouvrement ;
- un taux d'intérêt technique.

Le tarif n'est pas garanti et l'entreprise d'assurances se réserve le droit d'adapter le tarif en cours de contrat.

Le tarif ne peut être révisé que collectivement, pour tous les contrats qui bénéficient d'un même tarif d'expérience. Il ne peut être revu que pour des raisons objectives, c'est-à-dire si la révision est imposée par la loi ou une autorité chargée du contrôle ou si l'entreprise d'assurances s'aperçoit que de nouvelles statistiques de mortalité diffèrent significativement de celles utilisées pour la détermination du tarif en vigueur.

Une révision peut signifier une diminution ou une augmentation du tarif.

En cas d'augmentation du tarif, le preneur d'assurance en sera informé par écrit et disposera d'un délai de trente jours pour refuser l'application du nouveau tarif.

En l'absence de réaction écrite dans le délai précité, le nouveau tarif sera considéré comme accepté par le preneur d'assurance.

Si le preneur d'assurance refuse l'application du nouveau tarif, l'assurance sera résiliée. Cette résiliation sera effective trente jours après réception de la décision du preneur d'assurance de refuser le nouveau tarif.

Les bases techniques utilisées pour l'établissement du tarif sont reprises dans le dossier technique déposé auprès de l'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances concernée.

Article 3 – Prise d'effet et résiliation du contrat d'assurance

Prise d'effet

Le contrat d'assurance prend effet à la date indiquée aux conditions particulières pour autant que la première prime ait été payée. Si la première prime est payée après la date fixée dans les conditions particulières, le contrat d'assurance entrera en vigueur le jour de la réception de cette prime par l'entreprise d'assurances.

Le contrat d'assurance est incontestable à partir de la date de prise d'effet.

Résiliation

Le preneur d'assurance a le droit de résilier le contrat d'assurance dans les 30 jours de sa prise d'effet.

Lorsque le contrat d'assurance est souscrit dans le but de couvrir un crédit, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours à compter du moment où il a connaissance du fait que le crédit sollicité n'est pas accordé.

Dans tous les cas, l'entreprise d'assurances rembourse la (les) prime(s) payée(s), déduction faite des sommes consommées pour la couverture du risque, des impôts éventuels, et s'il y a lieu, des frais occasionnés pour l'acceptation médicale.

La résiliation du contrat d'assurance doit être demandée par le preneur d'assurance au moyen d'une lettre recommandée dûment datée et signée.

Article 4 – Durée du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu pour la durée indiquée aux conditions particulières.

Le contrat d'assurance ne peut être souscrit que si l'assuré est âgé de moins de 70 ans à ce moment. La couverture décès prend automatiquement fin au 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Article 5 – Prime et non-paiement de la prime

Prime

La nature, le montant, la périodicité et la durée du paiement de la prime sont repris dans les conditions particulières.

Le paiement de la prime ou d'une de ses fractions n'est pas obligatoire.

Non-paiement de la prime

En cas de non-paiement d'une (fraction de) prime échue, l'entreprise d'assurances envoie une lettre recommandée au preneur d'assurance pour lui rappeler la date d'échéance et les conséquences d'un non-paiement.

Si la (fraction de) prime n'est pas payée dans les 30 jours suivant l'envoi de cette lettre, le contrat d'assurance sera réduit ou résilié, conformément aux dispositions de l'Article 8.

L'entreprise d'assurances est dispensée de cet envoi lorsque le preneur d'assurance l'a informée de l'arrêt du paiement des primes par lettre recommandée, datée et signée.

Article 6 – Etendue de la couverture décès

A. Généralités

Les modalités relatives à la couverture décès sont mentionnées dans les conditions particulières.

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, le preneur d'assurance et l'assuré ont l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues d'eux et dont ils doivent raisonnablement considérer qu'elles peuvent influencer l'appréciation du risque par l'entreprise d'assurances. Le contrat d'assurance est établi de bonne foi sur base des renseignements fournis par le preneur d'assurance et l'assuré.

Toute omission volontaire ou déclaration volontairement inexacte entraîne la nullité de la couverture. Les primes de risque soustraites sont acquises à l'entreprise d'assurances. L'attention est attirée sur le fait que la loi prévoit aussi des sanctions en cas d'omissions involontaires ou de déclarations inexactes involontaires qui, selon les cas, peuvent mener jusqu'au refus de l'entreprise d'assurances d'accorder son intervention.

En cas d'erreur sur la date de naissance de l'assuré, les prestations sont adaptées en fonction de la date de naissance exacte.

B. Territorialité

L'entreprise d'assurances couvre le décès de l'assuré dans le monde entier.

C. Risques exclus

i. Risques exclus, sauf convention contraire

A moins qu'il n'en soit convenu autrement dans les conditions particulières du contrat d'assurance, les risques suivants ne sont pas couverts :

1. Le décès de l'assuré résultant de faits de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire.

Si le décès survient dans un pays étranger en état d'hostilités, il y a lieu de faire une distinction entre deux cas :

- a) si le conflit éclate pendant le séjour de l'assuré, le risque est couvert pour autant que l'assuré ne participe pas activement aux hostilités ;
- b) si l'assuré se rend dans un pays où un conflit armé est en cours, le preneur d'assurance ne pourra obtenir la couverture du risque de guerre qu'avec l'accord de l'entreprise d'assurances et moyennant le paiement d'une surprime. En outre, cette couverture devra faire l'objet d'une mention expresse aux conditions particulières.

Dans ces deux cas, il incombe au bénéficiaire de fournir la preuve que l'assuré n'a pas participé activement aux hostilités.

Les dispositions reprises au point b) ci-dessus sont également d'application pour les assurés qui participent aux missions étrangères des forces armées belges.

2. Le décès de l'assuré consécutif à un accident à bord d'un appareil aérien :
 - non autorisé pour le transport de personnes ;
 - se préparant ou participant à des compétitions, des vols de démonstration ou d'exhibition, des vols d'entraînement ou d'essai, des raids, des tentatives de records ;
 - de type planeur ou U.L.M. (ultra léger motorisé).

Le décès de l'assuré consécutif à un accident à bord d'une montgolfière reste toutefois couvert.

3. Le décès de l'assuré lors de la pratique du parachutisme ascensionnel, du saut en parachute (sauf en cas de force majeure), du saut à l'élastique (Benji), du deltaplane ou du parapente.

ii. Risques toujours exclus

Les risques suivants ne sont jamais couverts :

1. Le suicide de l'assuré lorsqu'il intervient au cours de la 1^{ère} année d'assurance ou au cours de la 1^{ère} année qui suit la remise en vigueur du contrat ou une augmentation des prestations assurées qui n'aurait pas été prévue à la conclusion du contrat. Dans ces deux derniers cas, l'exclusion ne concerne que la prestation afférente à la remise en vigueur ou à l'augmentation ;
2. Le décès de l'assuré provoqué à l'instigation ou par le fait intentionnel du preneur d'assurance ou d'un bénéficiaire, sauf s'il s'agit d'un cas d'euthanasie prévu par les dispositions légales en la matière ;
3. Le décès de l'assuré qui est le résultat d'une condamnation judiciaire ou qui a pour cause immédiate et directe un fait qui est ou qui aurait pu être qualifié de crime ou délit intentionnel dont l'assuré a été auteur ou co-auteur et dont il aurait pu prévoir les conséquences ;
4. Le décès de l'assuré survenu à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou les pouvoirs établis sauf si le bénéficiaire apporte la preuve que l'assuré n'y a pris part ni activement ni volontairement.
5. Le décès de l'assuré qui est la conséquence directe ou indirecte d'une exposition à des sources de radiations ionisantes (à l'exception des irradiations médicales), à des combustibles nucléaires, à des produits ou déchets radioactifs.

En cas de décès de l'assuré par suite d'un risque exclu, l'entreprise d'assurances n'est tenue au paiement des prestations décès qu'à concurrence de la valeur de rachat théorique à la date du décès.

Si l'assuré décède à l'instigation ou par le fait intentionnel d'un ou de plusieurs bénéficiaires, ceux-ci sont déchus de tous droits sur le capital assuré ou sur la valeur de rachat théorique. Cette déchéance n'aura pas pour effet d'augmenter la quote-part dans la prestation assurée d'un bénéficiaire étranger aux circonstances précitées.

D. Terrorisme

Le décès résultant d'un acte de terrorisme tel que défini par la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, est couvert. Dans ce cas, les modalités et limites suivantes sont d'application :

- l'entreprise d'assurances est affiliée à la personne morale ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool – www.tripasbl.be) constituée conformément à l'article 4 de la loi du 1^{er} avril 2007 précitée. Par conséquent, la couverture décès 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 précitée s'élève à 1 milliard d'euros. Chaque 1^{er} janvier, ce montant est adapté à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005. En cas d'adaptation légale ou réglementaire du montant de base, le montant modifié sera automatiquement appliqué dès la première échéance du contrat 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 l'année civile concernée) et les indemnités à payer imputées à cette même année civile ;
- l'application de la loi du 1^{er} avril 2007, la hauteur des engagements des entreprises d'assurances ainsi que les délais et pourcentages d'indemnisations sont soumis aux décisions du Comité constitué conformément aux articles 5 et suivants de la loi du 1^{er} avril 2007.

Si une modification de la législation met fin à l'obligation de couvrir les dommages causés par le terrorisme, les dispositions qui précèdent ne seront plus d'application et le risque de terrorisme ne sera plus couvert à partir de la date de la prise d'effet de la modification.

L'entreprise d'assurances se réserve également le droit d'adapter d'office toute autre disposition concernant le risque de terrorisme en fonction des modifications de la législation concernée.

Article 7 – Taxes et frais

Toutes les impôts, les taxes et cotisations, actuels et à venir, qui sont ou seraient dus du fait de la conclusion ou de l'exécution du contrat sont à charge du preneur d'assurance, ou, le cas échéant, des ayants droit ou du (des) bénéficiaire(s).

Pour toute demande d'adaptation ou de modification du contrat par le preneur d'assurance, l'entreprise d'assurances réclamera des frais forfaitaires s'élevant à 75 EUR. Ce montant sera déduit de la valeur de rachat théorique du contrat ou réclamé au preneur d'assurance à sa prochaine échéance de prime.

Des frais spécifiques peuvent également être réclamés pour couvrir des dépenses particulières occasionnées par le preneur d'assurance, l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s). Ce sera le cas pour les prestations suivantes : recherche d'adresses, délivrance de duplicata, d'attestations ou de relevés particuliers non prévus dans le cadre d'une exécution normale du contrat d'assurance. L'entreprise d'assurances applique ces frais spécifiques de manière raisonnable et justifiée. En outre, l'entreprise d'assurances peut également porter en compte les dépenses exposées pour les éventuelles recherches et/ou vérifications relatives aux contrats d'assurances dormants et ce, dans les limites prévues par la loi.

L'entreprise d'assurances ne peut imputer des frais spécifiques non explicitement prévus aux conditions générales que moyennant avis préalable au(x) demandeur(s).

Article 8 – Réduction et rachat

A. Réduction

Sauf pour les contrats à primes de risque révisables et pour les contrats à primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat, le preneur d'assurance a droit en tout temps à la réduction de son contrat.

La réduction s'effectue par la diminution du capital assuré et le maintien de la durée initiale du contrat. Le capital réduit est financé par une prime unique d'inventaire égale à la valeur de rachat théorique du contrat diminuée de l'indemnité de réduction.

L'indemnité de réduction s'élève à 75 EUR (*).

Si le preneur d'assurance n'a pas droit à la réduction ou si la valeur de rachat théorique est insuffisante pour permettre la réduction ou le rachat, le contrat est résilié.

La demande de réduction doit être notifiée à l'entreprise d'assurances au moyen d'une lettre recommandée, datée et signée par le preneur d'assurance. La réduction demandée par le preneur d'assurance prend effet à la date de la demande.

En cas de non-paiement des primes (voir Article 5), l'entreprise d'assurances procède de plein droit à la réduction de l'assurance sauf pour les contrats à primes de risque révisables et pour les contrats à primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat, pour lesquels le non-paiement des primes entraîne la résiliation du contrat.

La réduction pour non-paiement des primes prend effet à la date d'échéance de la première prime impayée.

B. Rachat

Sauf pour les contrats à primes de risque révisables et pour les contrats à primes périodiques constantes payables pendant une période supérieure à la moitié de la durée du contrat, le preneur d'assurance a droit en tout temps au rachat total de son contrat. Un rachat partiel n'est pas autorisé.

La demande de rachat doit être notifiée à l'entreprise d'assurances au moyen d'une lettre recommandée, datée et signée par le preneur d'assurance. La date de la demande de rachat est prise en compte pour le calcul de la valeur de rachat théorique.

Le rachat est effectif à la date où le preneur d'assurance signe pour accord la quittance de rachat mise à sa disposition par l'entreprise d'assurances. A partir de cette date, le décès de l'assuré n'est plus couvert.

En cas de rachat, l'entreprise d'assurances paie la valeur de rachat théorique du contrat, diminuée d'une indemnité de rachat.

L'indemnité de rachat s'élève à 5% de la valeur de rachat théorique. Ce pourcentage diminue de 1% par an au cours des 5 dernières années du contrat pour atteindre 1% la dernière année. Toutefois, l'indemnité de rachat sera toujours au moins égale à minimum 75 EUR (*).

Article 9 – Remise en vigueur

Un contrat réduit ou racheté peut être remis en vigueur pour le capital décès assuré à la date de la réduction ou du rachat. La remise en vigueur du contrat d'assurance doit être demandée par le preneur d'assurance, au moyen d'un écrit et dans un délai de trois ans à dater de la réduction ou de trois mois à dater du rachat.

Pour un contrat réduit, la remise en vigueur s'effectue par l'adaptation de la prime, compte tenu de la valeur de rachat théorique au moment de la remise en vigueur du contrat.

Pour un contrat racheté, la remise en vigueur s'effectue par le remboursement de la valeur de rachat et par l'adaptation de la prime compte tenu de la valeur de rachat théorique au moment du rachat.

L'entreprise d'assurances subordonne la remise en vigueur du contrat d'assurance au résultat favorable des formalités médicales requises, dont les frais sont entièrement à charge du preneur d'assurance.

Article 10 – Avance sur police et mise en gage

Une avance sur la réserve du contrat d'assurance n'est pas autorisée.

Sans préjudice des dispositions de l'Article 11, le preneur d'assurance peut donner le contrat d'assurance en garantie d'un crédit.

Article 11 – Désignation du bénéficiaire

Le preneur d'assurance désigne librement un ou plusieurs bénéficiaire(s).

Jusqu'à ce que la prestation assurée soit devenue exigible, le preneur d'assurance peut modifier cette désignation à tout moment. Toutefois, pour être opposable à l'entreprise d'assurances, cette modification doit lui être notifiée par lettre recommandée datée et signée.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice du contrat d'assurance à tout moment.

Tant que le preneur d'assurance est en vie, l'acceptation ne peut se faire que par un avenant à la police, signé par le bénéficiaire, le preneur d'assurance et l'entreprise d'assurances. Après le décès du preneur d'assurance, l'acceptation peut être expresse ou tacite. Elle n'a toutefois d'effet que si elle est notifiée à l'entreprise d'assurances par lettre recommandée datée et signée.

Lorsqu'il y a acceptation du bénéfice, l'accord écrit du /des bénéficiaire(s) acceptant(s) sera indispensable en cas de :

- modification de la clause bénéficiaire ;
- mise en gage ou de rachat du contrat d'assurance.

Sauf convention expresse, l'Etat ne sera jamais bénéficiaire du contrat d'assurance.

Article 12 – Participation bénéficiaire

L'assurance solde restant dû et l'assurance temporaire décès à capital constant ne donnent pas droit à une participation bénéficiaire.

Article 13 – Paiement du capital décès

L'entreprise d'assurances verse au(x) bénéficiaire(s) le capital assuré après remise des documents suivants :

1. le document de liquidation dûment complété et signé ;
2. un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
3. un certificat médical mentionnant la cause du décès ;
4. une copie recto-verso de la carte d'identité du (des) bénéficiaire(s) ;
5. une copie de la carte bancaire liée au compte financier du (des) bénéficiaire(s) sur lequel le paiement doit être effectué.

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas été désignés nommément, ne sont pas identifiables ou sont décédés : un certificat ou un acte d'hérédité.

Article 14 – Fiscalité

Le preneur d'assurance peut s'adresser à l'entreprise d'assurances pour obtenir toutes les informations fiscales en rapport avec le contrat d'assurance.

Article 15 – Protection du client

A. Exigences en matière d'informations et règles de conduite

L'entreprise d'assurances :

- veille à fournir, préalablement à la conclusion du contrat d'assurance, toutes les informations légales, techniques, fiscales et commerciales au preneur d'assurance ;
- s'organise pour que le contrat d'assurance proposé réponde aux exigences et besoins du preneur d'assurance ;
- prend les mesures nécessaires pour détecter et éviter les conflits d'intérêts pouvant être préjudiciables au preneur d'assurance, à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s).

Des informations relatives aux exigences en matière d'informations et aux règles de conduite sont disponibles sur le site internet www.federale.be, sous la rubrique 'Protection du consommateur'.

B. Personnes présentant un risque de santé accru (loi Partyka)

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le candidat à l'assurance qui présente un risque de santé accru peut, sous certaines conditions, bénéficier d'une intervention dans la prime au moment de la souscription d'une assurance solde restant dû servant à garantir le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique.

C. Protection des données personnelles

On entend par "données personnelles" toutes les données relatives à une personne physique que l'entreprise d'assurances obtient directement de la personne concernée ou qui sont transmises à l'entreprise d'assurances au sujet de la personne concernée. Ces données peuvent être automatiquement traitées ou non.

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

Finalités

Les données personnelles sont traitées par l'entreprise d'assurances, responsable du traitement en vue des finalités suivantes :

- | | |
|---|-------|
| • l'offre d'un produit d'épargne ou d'investissement | (*) |
| • l'émission effective et la gestion du contrat | (*) |
| • l'octroi des prestations prévues | (*) |
| • la réalisation des analyses des risques | (*) |
| • le traitement de plaintes et de litiges éventuels | (*) |
| • le respect des obligations légales et prudentielles | (**) |
| • l'élaboration de statistiques | (***) |
| • la détection et la prévention de la fraude, du blanchiment de capitaux et du terrorisme | (***) |
| • le maintien d'une relation commerciale | (***) |
| • les fins de marketing direct | (***) |

Si les données personnelles nécessaires ne sont pas transmises, l'entreprise d'assurances ne pourra donner suite ni à la demande de simulation, ni à la souscription ni à l'exécution du contrat.

Base légale

Les données personnelles sont traitées :

- (*) dans le cadre de l'exécution du contrat ou pour prendre des mesures avant la conclusion du contrat si la personne concernée le souhaite ;
- (**) pour respecter les obligations légales ;
- (***) en vue de poursuivre les intérêts légitimes.

Pour chaque finalité qui apparaît sous le titre précédent, la base légale pour le traitement a été indiquée par le nombre d'astérisques mentionné ci-dessus.

Destinataires des données

Aux fins énumérées ci-dessus, ces données 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 l'entreprise d'assurances ainsi qu'à d'autres parties tierces concernées comme une entreprise de coassurance ou de réassurance, un service public compétent, un avocat ou un conciliateur dans le cadre d'un règlement de litiges.

Confidentialité

Des mesures techniques et organisationnelles ont été prises pour garantir la confidentialité et la sécurité des données personnelles. Leur accès est limité aux collaborateurs qui les traitent dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions ou à ceux qui en ont besoin.

Conservation des données traitées

Les données traitées sont conservées par l'entreprise d'assurances pendant la durée nécessaire pour réaliser la finalité prévue. Cette durée sera prolongée en fonction du délai de prescription ainsi que de chaque durée de conservation qui est imposée par la législation ou par la réglementation.

Droits de la personne concernée

La personne concernée dont les données personnelles sont traitées peut:

- demander la consultation de ces données ;
- faire rectifier des données erronées ;
- faire effacer des données ;
- obtenir une limitation du traitement ;
- recevoir des données et/ou les transmettre à un autre responsable du traitement ;
- faire opposition au traitement.

Si les données personnelles sont utilisées pour le marketing direct, la personne concernée peut toujours s'y opposer.

Données de contact

De plus amples informations peuvent être trouvées sur www.federale.be.

Toute question ou toute demande concernant le traitement des données personnelles peut être introduite de l'une des manières suivantes :

- par courrier daté et signé à FEDERALE Assurance, à l'attention du Data Protection Officer, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles ;
- via e-mail à : privacy@federale.be.

La personne concernée doit joindre à sa demande une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

Une réclamation éventuelle relative au traitement des données personnelles peut être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

D. Critères de segmentation

L'entreprise d'assurances se base sur des critères objectifs pour décider de l'acceptation d'un risque, de la tarification et de l'étendue des garanties. Concrètement, il s'agit d'éléments qui permettent à l'entreprise d'assurances d'évaluer au mieux un risque déterminé.

Conformément à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les critères de segmentation sont publiés et détaillés sur le site internet www.federale.be, sous la rubrique 'Protection du consommateur'/'Critères de segmentation'/'Critères de segmentation Vie Individuelle'.

E. Plaintes et litiges

Toute plainte éventuelle relative au contrat d'assurance peut être adressée à FEDERALE Assurance, Service Gestion des plaintes, rue de l'Etuve 12, 1000 Bruxelles (tél. : 02 509 01 89 - gestion.plaintes@federale.be).

En cas de réponse non satisfaisante de notre Service Gestion des plaintes, la plainte peut être adressée à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (fax : 02 547 59 75 - info@ombudsman-insurance.be).

L'intéressé conserve aussi la possibilité d'intenter une action en justice. Les litiges entre les parties relèvent de la compétence exclusive des tribunaux belges.

F. Législation applicable

Le contrat est régi par la législation belge relative aux assurances-vie individuelles. Si le preneur d'assurance est établi en dehors de la Belgique, les parties optent expressément, si la loi l'autorise ainsi, pour l'application du droit belge.

Une clause éventuellement contraire à une disposition impérative n'affecte pas la validité du contrat. Cette clause est alors remplacée par la disposition impérative méconnue et sera censée avoir été établie dès la conclusion du contrat en conformité avec cette disposition impérative.

Article 16 – Dispositions diverses

A. Indexation

Les montants repris aux présentes conditions générales qui sont suivis de l'indication (*) sont indexés en fonction de l'indice santé des prix à la consommation (base 1988 = 100). L'indice à prendre en considération est celui du 2^{ème} mois du trimestre précédant la date de réduction ou de rachat.

B. Domicile - Correspondance

Toute notification écrite d'une partie à l'autre est supposée être faite à la date de dépôt à la poste et s'effectue valablement à leur dernière adresse communiquée.

Lorsqu'une correspondance est adressée par l'entreprise d'assurances aux intervenants au contrat, les dossiers ou documents de l'entreprise d'assurances attestent du contenu de la lettre. Le récépissé de la poste fait foi de l'envoi lorsqu'il s'agit d'une lettre recommandée.

Il est convenu qu'une lettre recommandée suffit à titre de mise en demeure.

C. Renseignements complémentaires

Contact

L'entreprise d'assurances peut être contactée :

- par courrier à son siège social ;
- par téléphone au 02 509 04 11 (fax : 02 509 08 98) ou à tout autre numéro communiqué dans le cadre de la relation contractuelle ;
- via le site internet www.federale.be, sous la rubrique "Contact" ou via l'adresse électronique spécifique communiquée dans le cadre de la relation contractuelle.

Régime linguistique

Les informations et communications de l'entreprise d'assurances se feront dans la langue que le preneur d'assurance aura choisie. A cet effet, le preneur d'assurance aura le choix entre le français et le néerlandais.

D. Avertissement fraude à l'assurance

La fraude à l'assurance est définie comme la tromperie ou la tentative de tromperie à l'égard de l'entreprise d'assurances lors de la conclusion du contrat ou au cours de son exécution, en vue d'obtenir indûment une couverture ou une prestation d'assurance.

L'attention du preneur d'assurance, de l'assuré et du bénéficiaire est attirée sur le fait que la fraude à l'assurance ainsi que la tentative de fraude seront sanctionnées par tous les moyens. Par conséquent, non seulement l'entreprise d'assurances appliquera les sanctions telles que la résiliation et la nullité du contrat mais elle demandera également la poursuite pénale du fraudeur. Il est notamment fait référence à l'art. 496 du Code Pénal.