



Conditions générales complémentaires Hypo Care (+)
Garantie incapacité de travail
Garantie cancer

Version	002
Date	26 mars 2024

NN Insurance Belgium nv
Avenue Fonsny 38
B-1060 Brussel

NN Insurance Belgium SA, entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro 2550 pour les Branches 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26 et prêteur en crédit hypothécaire agréé par la FSMA sous le code 0890270057 - Siège social : Avenue Fonsny 38, B-1060 Bruxelles - RPM Bruxelles, Belgique - TVA BE 0890.270.057 - BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE28 3100 7627 4220 - www.nn.be - FSMA : Rue du Congrès 12/14, 1000 Bruxelles, www.fsma.be. BNB : Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles, www.bnb.be.

Sommaire

1.	<i>Dans ces conditions générales complémentaires, qu'entend-on par ... ?</i>	3
2.	<i>Quelle couverture d'assurance cette garantie complémentaire prévoit-elle ?</i>	5
3.	<i>Où cette garantie complémentaire est-elle valable ?</i>	6
4.	<i>Quand cette garantie complémentaire était-elle valable ?</i>	6
5.	<i>Tous les évènements sont-ils couverts par la garantie complémentaire incapacité de travail ?</i>	7
6.	<i>Qui est le bénéficiaire de la garantie complémentaire ?</i>	8
7.	<i>Comment se déroulent la déclaration et l'indemnisation</i>	8
8.	<i>Pouvez-vous interrompre cette garantie complémentaire ?</i>	10
9.	<i>La prime</i>	10
10.	<i>Pouvons-nous modifier ces conditions générales complémentaires ?</i>	10
11.	<i>Comment communiquer avec nous ?</i>	11
12.	<i>Comment pouvez-vous formuler une réclamation ?</i>	11
13.	<i>Comment gérons-nous les éventuels conflits d'intérêts ?</i>	11
14.	<i>Où puis-je trouver d'autres documents ?</i>	11
	<i>Annexe : Protection de la vie privée</i>	12

Conditions générales complémentaires

Garantie incapacité de travail

Garantie cancer

Les présentes conditions générales complémentaires complètent les conditions générales "Hypo Care" ou "Hypo Care +" et s'appliquent si la garantie complémentaire « incapacité de travail » ou/et « cancer » est reprise dans les conditions particulières. Ces conditions générales complémentaires doivent toujours être lues avec les conditions générales de la garantie principale et avec les conditions particulières. Les conditions générales de la garantie principale s'appliquent également à cette garantie complémentaire, sauf si ces conditions générales complémentaires y dérogent.

Dans ce cadre, nous attirons plus particulièrement votre attention sur le fait que l'article 3 des conditions générales de la garantie principale est aussi intégralement d'application pour ces couvertures complémentaires. Cela implique notamment que vous devez communiquer les informations nécessaires en toute sincérité et qu'en cas d'omission volontaire ou de communication erronée, le contrat est caduc et les primes payées nous restent acquises.

1. Dans ces conditions générales complémentaires, qu'entend-on par ... ?

"Garantie principale" et "Garantie complémentaire" :

La garantie principale est la couverture décès telle que décrite dans les conditions générales et particulières "Hypo Care" ou "Hypo Care +". La garantie complémentaire est la garantie incapacité de travail ou cancer telle que décrite dans les présentes conditions générales complémentaires et dans les conditions particulières. Il ne peut pas y avoir de garantie complémentaire sans garantie principale.

"Incapacité de travail"

« L'incapacité de travail » vise l'impossibilité pour l'assuré(e) de pouvoir exercer sa profession, suite à une altération de son état de santé médicalement constatée et qui présente des symptômes objectivables. Par "pouvoir exercer sa profession", on entend : exercer son propre travail ou un travail sur le marché de l'emploi qui correspond aux connaissances et aux compétences de l'assuré(e).

"Degré d'incapacité de travail"

Le « degré d'incapacité de travail » se réfère à la mesure dans laquelle l'aptitude au travail de l'assuré(e) est altérée. Si une partie de l'incapacité est imputable à une cause non couverte ou à un risque exclu, cette partie d'incapacité de travail imputable n'est pas prise en considération. L'incapacité de travail éventuellement préexistante au moment de la souscription ou de l'augmentation de cette garantie n'est pas prise en compte dans la détermination du degré d'incapacité de travail.

Un degré d'incapacité de travail d'au moins 67 % est assimilé à un degré d'incapacité de travail de 100 % et donne donc droit à une indemnisation complète.

Un degré d'incapacité de travail de moins de 25 % est assimilé à un degré d'incapacité de travail de 0 % et ne donne donc droit à aucune indemnisation.

“Délai de carence” en ce qui concerne la garantie complémentaire incapacité de travail

Le « délai de carence » est un délai de 3 mois qui doit s'écouler depuis le début de l'incapacité de travail avant d'avoir droit à l'indemnisation.

“Délai d'attente” en ce qui concerne la garantie complémentaire incapacité de travail ”

Le « délai d'attente » est un délai de 6 mois qui doit s'écouler depuis le début du présent contrat avant que la couverture ne soit acquise. Une incapacité de travail dont la cause trouve son origine dans ce délai de 6 mois n'est donc en aucun cas couverte, même si l'incapacité elle-même ne se déclare qu'après ce délai d'attente.

“Rechute” en ce qui concerne la garantie complémentaire incapacité de travail

On parle de rechute lorsque l'assuré(e) est de nouveau en situation d'incapacité de travail dans les 3 mois qui suivent la fin d'une précédente période d'incapacité de travail, et ce, suite à la même cause. En cas de rechute, la précédente période d'incapacité de travail est prise en compte pour déterminer le délai de carence et la durée maximale d'indemnisation.

“Assuré(e) principal(e)” et “Co-assuré(e)” en ce qui concerne la garantie complémentaire cancer :

La personne majeure dont le risque de cancer fait l'objet de ce contrat et qui est désignée dans les conditions particulières est appelée « assuré(e) principal(e) ». Il s'agit également de l'assuré(e) de la garantie principale. Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes, notamment si la garantie principale prévoit aussi plusieurs assuré(e)s. Toutefois, pour la lisibilité, ces conditions générales mentionnent toujours “l'assuré(e) principal(e)”.

Tout enfant mineur actuel ou futur de l'assuré(e) principal(e) (ou légalement reconnu ou adopté), pour autant qu'il ne soit pas émancipé, est appelé co-assuré(e). Il peut aussi s'agir de plusieurs personnes. Toutefois, pour la lisibilité, ces conditions générales font mention du/de la “ co-assuré(e)”.

“Cancer” :

Par « cancer », il faut comprendre une affection qui regroupe un ensemble de maladies qui se caractérisent par une multiplication et une prolifération incontrôlée de cellules malignes qui envahissent un tissu normal, incluant la leucémie, les lymphomes malins, la maladie de Hodgkin, les affections malignes de la moelle osseuse et les sarcomes.

Dans le contexte de la présente couverture, il est question de cancer pour autant que l’affection ait été constatée dans un rapport d’histopathologie (*). Une constatation sur la seule base d’une biopsie liquide (***) est en l’occurrence insuffisante et doit être accompagnée d’un examen complémentaire mettant en évidence la présence avérée de tumeurs malignes.

Dans ce cadre, les affections suivantes ne sont pas incluses dans la couverture cancer :

- Le cancer ou carcinome in situ (un stade précoce de cancer qui n’a pas encore envahi les tissus environnants), la “dysplasie” (anomalie de la structure tissulaire) et les affections précancéreuses
- Le cancer de la prostate ayant une classification TNM (***) inférieure à T2N0M0
- Le cancer primitif de la peau à l’exception du mélanome malin qui a pénétré au-delà de l’épiderme
- Le cancer papillaire circonscrit de la thyroïde (*) un rapport de biopsie
- (***) diagnostic qui se base uniquement sur la présence de cellules tumorales ou de molécules tumorales dans le sang, la salive, l’urine ou les selles

(***) la classification TNM sert de référence pour décrire le stade auquel se trouve un cancer. La valeur T décrit la taille de la tumeur primitive. La valeur N décrit le degré d’atteinte des ganglions lymphatiques régionaux et la valeur M décrit le degré de prolifération.

“Délai d’attente” en ce qui concerne la garantie complémentaire cancer :

Le « délai d’attente » se réfère à la période de 6 mois qui doit être écoulée depuis le début du présent contrat avant qu’il y ait couverture. Un cancer dont le diagnostic a été posé ou dont les symptômes ont pu être observés au cours de cette période de 6 mois n’est donc pas couvert.

2. Quelle couverture d’assurance cette garantie complémentaire prévoit-elle ?

En cas de garantie complémentaire en cas d’incapacité de travail

Si l’incapacité de travail de l’assuré(e) est d’au moins 25 %, à l’expiration du délai de carence, nous versons le montant mensuel mentionné dans les conditions particulières proportionnellement au degré d’incapacité de travail. Cette indemnisation mensuelle se poursuit tant que dure l’incapacité de travail et pour autant que celle-ci atteigne au moins 25 %, mais pendant un maximum de 24 mois à compter de l’expiration du délai de carence.

En cas de garantie complémentaire en cas de cancer

La présente garantie complémentaire prévoit le versement d'un capital unique au bénéficiaire si le diagnostic de cancer est posé chez l'assuré(e) principal(e) et/ou chez le/la co-assuré(e) après l'expiration du délai d'attente au cours de la période assurée. Chaque assuré(e) ne peut bénéficier que d'un seul versement. Tant le montant du capital à verser que la période assurée sont précisés dans les conditions particulières. Une fois le capital assuré versé suite au diagnostic de cancer chez l'assuré(e) principal(e), la couverture prend fin, tant pour l'assuré(e) principal(e) lui-même que pour le/la co-assuré(e). Toutefois, s'il y a plusieurs assuré(e)s principaux/principales, seule la couverture pour l'assuré(e) principal(e) chez qui le cancer a été détecté prend fin, et le/la co-assuré(e) reste quant à lui/elle couvert. Ce n'est que lorsque les deux assuré(e)s principaux/principales perdent leur couverture que le/la co-assuré(e) perd aussi la sienne. Une fois le capital assuré versé suite au diagnostic de cancer chez le/la co-assuré(e), la couverture prend fin pour le/la co-assuré(e) chez qui le cancer a été détecté. L'assuré(e) principal(e) et les éventuels autres co-assuré(e)s (actuels et futurs) restent quant à eux couverts. Lorsqu'un enfant de l'assuré(e) principal(e) ne répond plus à la définition de co-assuré(e), la couverture pour ce(te) co-assuré(e) prend immédiatement fin. Si la garantie principale prend fin (par exemple en cas de décès de l'assuré(e) principal(e)), la présente garantie complémentaire prend elle aussi automatiquement fin.

3. Où cette garantie complémentaire est-elle valable ?

En principe, la couverture est valable dans le monde entier. Toutefois, il n'y a pas de couverture si l'assuré(e) se rend dans un pays ou une région pour lesquels le ministère des affaires étrangères a émis un avis de voyage négatif. Si l'assuré(e) séjourne dans un pays ou une région que le gouvernement belge conseille de quitter, l'assuré doit suivre cette recommandation dans un délai de 14 jours. Dans le cas contraire, la couverture n'existe que si le bénéficiaire démontre que l'assuré n'a pas pu quitter le pays ou la région pour cause de force majeure.

Mais en cas de la garantie complémentaire incapacité de travail, nous n'intervenons que si les contrôles requis peuvent être effectués si l'assuré(e) séjourne en dehors du territoire belge.

4. Quand cette garantie complémentaire était-elle valable ?

La garantie complémentaire suit la garantie principale. Elle prend fin de plein droit au moment où la garantie principale prend fin.

5. Tous les évènements sont-ils couverts par la garantie complémentaire incapacité de travail ?

Non. Sauf dérogation mentionnée dans les conditions particulières et moyennant le paiement d'une surprime, nous ne couvrons pas l'incapacité de travail qui est la conséquence directe ou indirecte de l'un des évènements suivants :

- Une tentative de suicide.
- Un acte intentionnel, un crime commis par la personne assurée en tant qu'auteur ou coauteur.
- Une tentative de meurtre, tentative d'homicide involontaire ou coups et blessures intentionnellement infligés à l'assuré(e) par le preneur d'assurance ou sur ses instructions.
- La participation active de l'assuré(e) au terrorisme, à la guerre, à la guerre civile, aux émeutes ou aux troubles civils, à moins que l'assuré(e) ne soit intervenu qu'en tant que membre des forces déployées par le gouvernement pour maintenir l'ordre.
- Un accident impliquant un aéronef en tant que pilote, sauf s'il s'agit d'un vol régulier ou d'un vol charter.
- Une chute d'une hauteur supérieure à 15 mètres dans le cadre d'une activité professionnelle.
- L'usage de drogues, l'usage excessif de drogues, l'alcoolisme ou la toxicomanie.
- Les interventions esthétiques, à l'exception de la chirurgie reconstructive ou à moins qu'elles ne soient nécessaires pour des raisons médicales.
- L'exercice de l'un des sports suivants :
 - toute forme de pratique sportive (semi-)professionnelle, y compris les séances d'entraînement.
 - toute forme d'aviation toute forme d'aviation sportive et de loisir, de parachutisme, de chute libre, de parapente ou de base jump
 - toute forme de sport motorisé en compétition ou lors de la participation à des raids et/ou des rallyes, y compris les essais et les entraînements.
 - le ski et le snowboard (ou similaire) hors-piste ou l'héliski/héliboard, sauf si la pratique de ces sports est encadrée par un guide ou moniteur agréé, dans le respect de la réglementation et la signalisation en place.
 - l'alpinisme sans équipement de sécurité ou au-dessus d'une altitude de 4000 mètres ou l'escalade de glace, la spéléologie, sauf si ces sports sont organisés par un guide/opérateur de voyage professionnel.
 - la plongée sans permis, la plongée sous-marine à plus de 40 mètres de profondeur, la plongée sur épave, la plongée en grotte, la plongée en apnée, la plongée sous glace, la plongée de nuit, la plongée en recycleur, la plongée avec cloche de plongée, la plongée en quête de trésor, la plongée avec narguilé de plongée (SSE), la tentative de record de profondeur.
 - La navigation dans les eaux internationales.

Dans certains cas, ces sports peuvent être assuré(e)s à condition que les conditions particulières le mentionnent explicitement et moyennant le paiement d'une surprime.

- Les altérations de l'état de santé dont les symptômes étaient présents avant la conclusion du contrat.
- Les affections psychiques ou nerveuses, sauf si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :
 - Un psychiatre reconnu en Belgique a formellement posé le diagnostic
 - Le diagnostic est basé sur des symptômes organiques et répond aux critères du système de référence international DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 5ème édition ou versions ultérieures).
 - L'affection est reprise dans la liste limitative ci-dessous :
 - Dépression majeure

- Trouble bipolaire
- Trouble anxieux généralisé
- Troubles dissociatifs
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Schizophrénie
- Anorexie mentale
- Boulimie

Lorsque nous invoquons un risque exclu, nous en informons le bénéficiaire par le biais d'un courrier motivé.

6. Qui est le bénéficiaire de la garantie complémentaire ?

C'est vous qui êtes le bénéficiaire de cette garantie complémentaire incapacité de travail, sauf si les conditions particulières en stipulent expressément autrement.

En cas de cancer chez un assuré(e) principal, le bénéficiaire est l'assuré(e) principal chez qui le cancer a été détecté. En cas de cancer chez un co-assuré(e), le bénéficiaire est le preneur d'assurance.

7. Comment se déroulent la déclaration et l'indemnisation

Dans le cadre de la garantie complémentaire « incapacité de travail »

Tout événement entraînant ou susceptible d'entraîner une incapacité de travail, doit être signalé dans un délai de 30 jours. En cas de déclaration tardive, nous pouvons diminuer notre intervention à concurrence du préjudice subi en raison de la déclaration tardive. Il convient de joindre à la déclaration un certificat du (des) médecin(s) traitant(s) de l'assuré(e) précisant les causes, la nature, le degré et la durée probable de l'incapacité de travail.

Nous pouvons toujours demander des renseignements complémentaires. L'assuré(e) autorise ses médecins traitants à fournir à nos médecins conseils tous les renseignements dont ils disposent concernant son état de santé actuel. En outre, vous et l'assuré(e) devez prendre toutes les dispositions afin que nous ayons accès à l'assuré(e) et afin qu'un (ou des) médecin(s) mandaté(s) par nous puisse(nt) l'examiner.

Sur base de ces informations, nous communiquons au bénéficiaire dans quelle mesure nous intervenons. Nous partons du principe que le bénéficiaire l'accepte s'il ne nous signifie pas son désaccord dans les 30 jours. L'indemnisation se fait ensuite dans les 30 jours après que le bénéficiaire nous a confirmé son accord, en nous retournant dûment complété et signé, un document que nous lui remettons à cet effet.

En cas de contestation sur le degré ou la durée de l'incapacité de travail et moyennant l'accord des deux parties, le dossier est soumis à un collège de deux médecins, chacune des parties mandatant le sien. Si ces médecins ne parviennent pas à se mettre d'accord, ils désignent ensemble un troisième médecin. S'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles. Les trois médecins prennent ensuite une décision commune, mais s'ils ne parviennent toujours pas à se mettre d'accord, l'avis du troisième médecin sera

déterminant. La décision de ce collège de médecins est définitive. Chaque partie paie les frais et les honoraires du médecin qu'elle a elle-même mandaté et la moitié des frais et des honoraires du troisième médecin.

Nous versons le montant net, à savoir le montant assuré sous déduction des éventuelles retenues légales et des frais ou paiements qui seraient encore dus à nous ou à des tiers (p.ex. à un créancier gagiste).

Nous pouvons refuser l'indemnisation ou réclamer le remboursement des sommes versées en cas de fraude lors de la déclaration, si les renseignements demandés ne sont pas communiqués ou l'ont été tardivement dans une intention frauduleuse, ou si l'assuré(e) refuse de se faire examiner par un médecin mandaté par nous.

Nous ne prévoyons pas de dommages et intérêts en cas de retard d'indemnisation suite à une circonstance indépendante de notre volonté, comme par exemple si les prestations ne sont pas réclamées, si le dossier n'est pas complet ou en ordre, etc.

Dans le cadre de la garantie complémentaire « cancer »

Le diagnostic de cancer doit être signalé dans un délai de 30 jours. En cas de déclaration tardive, nous pouvons réduire notre intervention du préjudice subi par nous du fait de la déclaration tardive.

En même temps que la déclaration, vous devez nous communiquer les documents suivants :

- systématiquement : un certificat du (des) médecin(s) traitant(s), accompagné du rapport d'histopathologie
- uniquement si le diagnostic concerne un co-assuré(e) : un document officiel mentionnant la date de naissance du co-assuré(e) et le lien de parenté avec l'un(e) des assuré(e)s principaux (acte de naissance ou d'adoption).

Ces documents doivent nous être transmis dans l'une des langues nationales officielles (français, néerlandais ou allemand) ou en anglais. À défaut, nous pouvons déduire le coût de la traduction du montant du versement.

Si sur base de ces informations, nous décidons de ne pas intervenir, nous le communiquons au bénéficiaire. À défaut de réaction du bénéficiaire dans les 30 jours, nous estimerons qu'il accepte notre décision.

En cas de contestation, et moyennant l'accord des deux parties, le dossier est soumis à un collège de deux médecins, chaque partie désignant le sien. Si les médecins ne parviennent pas à un accord, ils choisissent ensemble un troisième médecin. S'ils ne parviennent pas à se mettre d'accord sur le choix du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles. Les trois médecins prennent ensuite une décision ensemble, mais s'ils ne parviennent toujours pas à se mettre d'accord, l'avis du troisième médecin sera décisif. La décision prise collégialement par les médecins est sans appel. Chaque partie supporte les coûts et honoraires du médecin désigné par elle et la moitié des coûts et honoraires du troisième médecin.

Nous pouvons refuser d'intervenir ou réclamer le remboursement du versement en cas de fraude lors de la déclaration, si les renseignements demandés ne sont pas fournis ou le sont tardivement dans une intention frauduleuse, ou si l'assuré principal(e) ou le co-assuré(e) chez qui le diagnostic de cancer a été posé ou son tuteur refuse de se laisser examiner par un médecin désigné par nous.

Nous ne prévoyons pas de dommages et intérêts en cas de retard dans un quelconque versement suite à des circonstances indépendantes de notre volonté, comme lorsque les prestations ne sont pas réclamées, lorsque les documents ne sont pas complets ou en ordre, etc.

8. Pouvez-vous interrompre cette garantie complémentaire ?

Vous pouvez interrompre cette garantie complémentaire à tout moment, sans pour autant résilier la garantie principale. Le cas échéant, vous devez nous en informer par écrit (daté et signé). L'interruption est effective à la date à laquelle nous sommes en possession de tous les renseignements requis (votre identification, l'accord des bénéficiaires acceptants).

L'inverse n'est pas possible. Si vous résiliez la garantie principale, vous résiliez aussi automatiquement cette garantie complémentaire.

La garantie complémentaire n'a pas de valeur de rachat et ne peut plus être remise en vigueur une fois qu'elle a été résiliée.

9. La prime

La prime relative à la garantie complémentaire est mentionnée dans les conditions particulières et doit être payée en même temps que la prime de l'assurance principale. Toutefois, vous pouvez interrompre à tout moment le paiement de la prime de la garantie complémentaire, sans pour autant interrompre le paiement de la prime de la garantie principale. L'interruption du paiement de la prime de la garantie complémentaire entraîne la résiliation immédiate de la garantie complémentaire.

Les primes de cette garantie complémentaire ne sont pas garanties et peuvent être adaptées par nous. Une telle adaptation ne peut se faire que pour l'ensemble du groupe de contrats dans lequel cette couverture complémentaire est reprise et n'est possible que dans les cas suivants :

- Si les statistiques de sinistres observées diffèrent sensiblement des statistiques sur lesquelles se base le tarif initial.
- Si la législation ou les instances de contrôle imposent une adaptation.

Cette adaptation peut avoir pour vous un effet positif ou négatif. S'il est négatif (augmentation de la prime ou diminution de la couverture), vous en serez préalablement averti. Vous aurez alors 30 jours pour résilier la garantie complémentaire. À défaut de réaction dans ce délai, nous estimerons que vous acceptez cette adaptation.

10. Pouvons-nous modifier ces conditions générales complémentaires ?

Oui, dans les limites prévues par la législation relative au droit des assurances et la protection du consommateur. En cas de modification, vous êtes informés au plus tard 1 mois avant l'application effective de la modification, ainsi que de votre droit de procéder gratuitement au rachat dans les 2 mois qui suivent la notification de cette modification. L'absence de réaction de votre part dans ce délai sera considérée comme un consentement tacite.

11. Comment communiquer avec nous ?

Vous pouvez communiquer avec nous par courrier (Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles) ou par voie électronique, sauf si la loi exige une autre solution. Si vous communiquez avec nous par voie électronique, nous pouvons également répondre par voie électronique. La communication entre vous et nous a lieu à la dernière adresse connue communiquée entre nous.

12. Comment pouvez-vous formuler une réclamation ?

Les plaintes peuvent être introduites auprès de :

- NN Insurance Belgium, Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, plaintes@nn.be, en premier lieu et auprès de
- l'Ombudsman des assurances : Square De Meeus 35, 1000 Bruxelles, Site web: www.ombudsman-insurance.be Email: info@ombudsman-insurance.be, le cas échéant.

Le dépôt d'une plainte auprès de notre service des plaintes ou de l'Ombudsman ne vous prive pas du droit de porter votre affaire devant un tribunal. Seuls les tribunaux belges sont compétents.

13. Comment gérons-nous les éventuels conflits d'intérêts ?

Notre politique à cet égard est décrite sur notre site web www.nn.be. Vous pouvez également obtenir ce document sur simple demande.

14. Où puis-je trouver d'autres documents ?

Vous trouverez tous les documents pertinents (tels que les présentes conditions générales, notre politique en matière de conflits d'intérêts, des fiches d'information financière...) sur notre site web www.nn.be sous la rubrique : "Documents Légaux". Vous pouvez également obtenir tous ces documents sur simple demande.

Annexe : Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel que vous, en tant que personne concernée, nous communiquez, maintenant ou plus tard, sont traitées par NN Insurance Belgium SA, Avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, le responsable du traitement.

Vous pouvez joindre notre Data Protection Officer (DPO), notamment pour obtenir des informations complémentaires concernant le traitement de vos données à caractère personnel, comme suit : Data Protection Officer (DPO), Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou dpo@NN.be.

Les bases juridiques ainsi que les finalités du traitement de vos données à caractère personnel (exceptées les données à caractère personnel concernant votre santé dont le traitement se fait sur base de votre consentement explicite) sont les suivantes :

- l'exécution de votre ou vos contrats d'assurance ou, des mesures précontractuelles, à savoir la souscription du contrat et notamment la détermination et l'acceptation du risque, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion des sinistres ainsi que le règlement de la prestation du contrat, y compris le cas échéant au profit d'un tiers;
- le respect d'obligations légales, entre autre la réglementation relative aux assurances, la directive sur la distribution d'assurances (IDD), la réglementation relative aux assurances dormantes, la réglementation relative à la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme et infractions apparentées, la Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), les Common Reporting Standards (CRS);
- les intérêts légitimes de NN Insurance Belgium SA, à savoir la fourniture et la gestion de services d'assurance en général, en ce compris l'amélioration des couvertures souscrites, la gestion de notre fichier de clients et de vente, la prévention d'irrégularités (notamment, la prévention de et la lutte contre la fraude), le marketing direct de nos produits et leur promotion (sauf par e-mail) et le traitement à des fins statistiques.

Les données à caractère personnel que vous nous fournissez dans le cadre de l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles et, du respect des obligations légales y relatives, sont nécessaires à la conclusion du contrat. À défaut de cette communication, il n'est pas possible de souscrire le contrat.

Aux fins précitées et sur les bases juridiques y relatives, vos données à caractère personnel peuvent être transmises et traitées par les différents services de NN Insurance Belgium SA, les entités du Groupe NN, leurs représentants en Belgique, leurs correspondants à l'étranger, leurs réassureurs, leurs bureaux de règlement des sinistres, un expert, un avocat, un conseiller technique, aux partenaires de distribution, aux sous-traitants et prestataires de services des entités du Groupe NN, aux sous-traitants et prestataires de services des partenaires de distribution, à toute personne ou entité qui introduit un recours ou contre laquelle un recours est introduit dans le cadre des contrats souscrits et, aux pouvoirs publics. Une liste actualisée des destinataires de vos données à caractère personnel est disponible sur demande auprès de notre DPO.

Vos données sont généralement traitées au sein de l'Union européenne (UE). Dans certains cas, les données à caractère personnel sont traitées en dehors de l'UE. Afin de garantir la sécurité de vos données à caractère personnel, nous prenons dans ces cas des mesures en concluant nous-mêmes des conventions dans lesquelles nous passons des accords comparables sur la sécurité des données à caractère personnel, donc comme nous le faisons au sein de l'UE.

Nous conservons vos données à caractère personnel le temps nécessaire à la poursuite des finalités susmentionnées. Nous devons ainsi tenir compte des délais imposés par des dispositions légales ou réglementaires en matière de conservation des

données à caractère personnel et/ou des documents (pré-)contractuels ainsi que des délais de prescription applicables en la matière compte tenu notamment des causes légales de suspension et d'interruption de cette prescription.

Vous disposez des droits suivants à l'égard de vos données à caractère personnel :

- le droit d'accès ;
- le droit de rectification ;
- le droit à la limitation de leur traitement, qui s'exerce sans préjudice au droit pour NN Insurance Belgium SA de conserver vos données à caractère personnel ou encore, du traitement de ces données pour la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ;
- le droit à la portabilité pour autant que le traitement soit basé sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles ;
- le droit de demander l'effacement pour autant que leur traitement soit basé, soit sur l'exécution du contrat ou de mesures (pré-) contractuelles, compte tenu cependant des obligations en matière de délais de conservation auxquels NN Insurance Belgium SA est soumis, soit sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium SA s'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement ;
- le droit de vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel lorsque celui-ci est basé sur l'intérêt légitime de NN Insurance Belgium SA et pour autant, qu'il n'existe pas de motif légitime impérieux pour le traitement. Cependant, vos données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection (marketing direct), y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection, vous pouvez vous opposer à leur traitement à tout moment et sans justification.

Vous pouvez exercer les droits susmentionnés de manière gratuite en principe, en envoyant une demande datée et signée ainsi qu'une preuve d'identité à notre DPO. La question de savoir si vous pouvez ou non exercer vos droits dépend de la finalité du traitement et de la base juridique du traitement.

Vous avez une plainte concernant la manière dont NN gère vos données à caractère personnel ? Dans ce cas, contactez notre équipe Quality Care Center, Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles ou via l'adresse plaintes@nn.be.

Vous pouvez aussi introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données (contact@apd-gba.be ou via le site web (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/citoyen/agir/contact>).

Vous pouvez consulter notre déclaration de vie privée complète via l'adresse suivante : <https://www.nn.be/fr/declaration-de-confidentialite>.

Cette information est basée sur le Règlement Général sur la Protection des données du 27 avril 2016, en vigueur depuis le 25 mai 2018.

Version 1.4 - Underwriting