

ASSURANCE
ACCIDENTS DU TRAVAIL -
PROFESSIONS ET ENTREPRISES

Conditions générales

0037-2-1B-001-F-112019



Table de matière

INTRODUCTION	4	ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS VIE PRIVÉE	10
1. DÉFINITION DES NOTIONS	4	15. DÉFINITION DES NOTIONS	10
ACCIDENTS DU TRAVAIL :	4	16. PRÉAMBULE	10
GARANTIE LÉGALE	4	17. OBJET DE LA GARANTIE	10
ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	4	18. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE	10
2. DISPOSITIONS PRÉLIMINAIRES	4	19. DÉCÈS	10
3. OBJET DE LA COUVERTURE	4	19.1. CONDITIONS D'OCTROI	10
4. RÉPARATION	4	19.2. INDEMNISATION	10
4.1. ACCIDENT DU TRAVAIL NON MORTEL	4	19.3. AYANT DROITS POUR LE SYSTÈME DES MULTIPLICATEURS	10
4.1.1. INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE	4	19.4. SUSPICION DE DÉCÈS	10
4.1.2. INCAPACITÉ DE TRAVAIL PERMANENTE	5	19.5. VERSEMENT DES INDEMNISATIONS	10
4.1.3. DISPOSITIONS SPÉCIALES	5	19.6. DÉLAI DE PAIEMENT	11
4.1.4. SOINS MÉDICAUX, PROTHÈSES ET AUTRES INDEMNITÉS	5	19.7. DÉCÈS ET INCAPACITÉ	11
4.2. ACCIDENT DU TRAVAIL MORTEL	6	20. INCAPACITÉ PERMANENTE	11
4.2.1. FRAIS FUNÉRAIRES	6	20.1. DEGRÉ D'INVALIDITÉ	11
4.2.2. RENTES DES AYANTS DROITS.	6	20.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL	11
4.3. PAIEMENT	7	20.3. INDEMNISATION	11
4.4. PROCÉDURE	7	20.4. ETAT ANTÉRIEUR	11
4.4.1. ACTION EN PAIEMENT	7	20.5. AIDE DE TIERS	11
4.4.2. DÉLAIS DE RÉVISION	7	20.6. QUITTANCE PROVISIONNELLE	11
4.5. ENTREPRISE D'ASSURANCE	7	20.7. DÉLAI DE PAIEMENT	11
4.6. AFFILIATION D'OFFICE AU FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	8	21. INCAPACITÉ TEMPORAIRE	11
ACCIDENTS DU TRAVAIL :	8	21.1. PRINCIPE	11
DROIT COMMUN	8	21.2. INDEMNISATION	11
ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL EXCEDANT LE PLAFOND LEGAL	8	21.3. REPRISE PARTIELLE	11
5. DÉFINITION DES NOTIONS	8	21.4. DÉLAI DE PAIEMENT	11
6. PRÉAMBULE	8	22. FRAIS DE TRAITEMENT	11
7. OBJET DE LA GARANTIE	8	22.1. PRINCIPE	11
8. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE	8	22.2. EXTENSION DE GARANTIE	11
9. DÉCÈS	8	23. INDEXATION DES RENTES	12
9.1. CONDITION D'OCTROI	8	23.1. PRINCIPE	12
9.2. INDEMNISATION	8	23.2. INDEXATION	12
9.3. AYANTS DROITS	8	24. EXCLUSIONS	12
9.4. SUSPICION DE DÉCÈS	8	25. LITIGE D'ORDRE MÉDICAL	12
9.5. DÉCÈS ET INCAPACITÉ	8	ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS	12
10. INCAPACITÉ PERMANENTE	9	26. DÉFINITION DES NOTIONS	12
10.1. DEGRÉ D'INCAPACITÉ	9	27. PRÉAMBULE	12
10.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL	9	28. OBJET DE LA GARANTIE	12
10.3. INDEMNISATION	9	29. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE	13
11. INCAPACITÉ TEMPORAIRE	9	30. DÉCÈS	13
11.1. PRINCIPE	9	30.1. CONDITIONS D'OCTROI	13
11.2. INDEMNISATION	9	30.2. INDEMNISATION	13
11.3. REPRISE PARTIELLE	9	30.3. AYANTS DROIT POUR LE SYSTÈME DES MULTIPLICATEURS	13
11.4. DÉLAI DE PAIEMENT	9	30.4. SUSPICION DE DÉCÈS	13
12. FRAIS DE TRAITEMENT	9	30.5. DÉLAI DE PAIEMENT	13
13. INDEXATION DES RENTES	9	30.6. VERSEMENT DES INDEMNISATIONS	13
13.1. PRINCIPE	9	30.7. DÉCÈS ET INCAPACITÉ	13
13.2. INDEXATION	9	31. INCAPACITÉ PERMANENTE	13
14. EXCLUSIONS	9	31.1. DEGRÉ D'INCAPACITÉ	13
		31.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL	13
		31.3. INDEMNISATION	13
		31.4. ETAT ANTÉRIEUR	13

31.5. AIDE DE TIERS	13	55.3. DROIT DE VISITE DE L'ENTREPRISE ASSURÉE	19
31.6. QUITTANCE PROVISIONNELLE	14	55.4. ETENDUE TERRITORIALE	19
31.7. DÉLAI DE PAIEMENT	14	56. DEBUT, DUREE ET FIN DU CONTRAT	19
32. INCAPACITÉ TEMPORAIRE	14	56.1. DATE D'EFFET DU CONTRAT	19
32.1. PRINCIPE	14	56.2. DURÉE DU CONTRAT	19
32.2. INDEMNISATION	14	56.2.1. PRINCIPE	19
32.3. REPRISE PARTIELLE	14	56.2.2. EXCEPTION : CONTRAT DE 3 ANS	19
32.4. DÉLAI DE PAIEMENT	14	56.3. NON-OCCUPATION DE PERSONNEL	19
33. FRAIS DE TRAITEMENT	14	56.4. FIN DU CONTRAT	19
33.1. PRINCIPE	14	56.4.1. CESSATION DE PLEIN DROIT	19
33.2. EXTENSION DE GARANTIE	14	56.4.2. MODE DE RÉSILIATION	19
34. INDEXATION DES RENTES	14	56.4.3. RÉSILIATION PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE	20
34.1. PRINCIPE	14	56.4.4. RÉSILIATION PAR VOUS	20
34.2. INDEXATION	14	56.4.5. RÉSILIATION PAR UNE AUTRE PERSONNE	20
35. EXCLUSIONS	14	57. PRIME ET PAIEMENT DE LA PRIME	20
36. LITIGE D'ORDRE MÉDICAL	15	57.1. QUAND PAYER?	20
ASSURANCE SALAIRE GARANTI	15	57.2. CALCUL DE LA PRIME	20
37. DEFINITION DES NOTIONS	15	57.2.1. PRINCIPE	20
38. OBJET ET ÉTENDUE DE L'ASSURANCE	15	57.2.3. PRIME AVEC DÉCOMPTE À TERME ÉCHU	20
38.1. OBJET DE L'ASSURANCE	15	57.3. IMPÔTS ET FRAIS	21
38.2. ETENDUE DE LA COUVERTURE	15	58. MODIFICATION DE TARIF OU DES CONDITIONS D'ASSURANCE	21
39. EXCLUSIONS	15	59. SINISTRES	22
40. DÉCLARATION DES RÉMUNÉRATIONS	15	59.1. DÉCLARATION	22
41. SINISTRES	15	59.2. PROCÉDURE	22
GARANTIE FACULTATIVE ASSISTANCE	15	59.3. PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET CONTRÔLE	22
42. DEFINITIONS DES NOTIONS	15	60. DECHEANCE DU DROIT A L'ASSURANCE	22
43. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE	15	61. TERRORISME	22
44. OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES :	16	62. INDEMNITE D'UNE PERTE DE REVENUS	22
44.1. EN GÉNÉRAL	16	63. DROIT DE RECOURS	22
44.2. POUR L'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER	16	64. SUBROGATION	22
44.3. POUR L'ASSISTANCE EN BELGIQUE	16	65. COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS	22
44.4. SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DES OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE	16	66. MEDIATION	22
45. ASSISTANCE EN BELGIQUE APRES UN ACCIDENT DE TRAVAIL (PENDANT UNE IMMOBILISATION ET PENDANT OU APRES UNE HOSPITALISATION)	16	67. JURIDICTION ET DROIT APPLICABLE	23
46. ASSISTANCE A L'ETRANGER	17	68. PROTECTION DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	23
47. EXCLUSIONS:	17		
48. COMMENT S'EFFECTUE LE TRANSPORT OU LE RAPATRIEMENT DE PERSONNES?	18		
49. SUBROGATION:	18		
50. PRESCRIPTION:	18		
51. CORRESPONDANCES:	18		
52. RÈGLES JURIDIQUES - POUVOIR JURIDIQUE:	18		
53. L'ASSISTANCE NON GARANTIE:	18		
54. DEBUT, DUREE ET FIN DES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR	18		
ACCIDENTS DU TRAVAIL :	18		
DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES	18		
DISPOSITIONS GENERALES	18		
55. ETENDUE DE LA COUVERTURE	18		
55.1. RISQUE ASSURÉ	18		
55.2. OBLIGATION DE DÉCLARATION	18		

INTRODUCTION

1. DÉFINITION DES NOTIONS

1.1. Accident :

Accident du travail ou sur le chemin du travail, tel que défini par la Loi.

1.2. Ayant droit :

Personne qui bénéficie des indemnités prévues au contrat en cas de décès du Bénéficiaire.

1.3. Bénéficiaire :

Personne au profit de laquelle Vous souscrivez l'assurance en vertu de la Loi.

1.4. Cohabitant légal :

Personne qui cohabite légalement avec un partenaire et qui a établi avec celui-ci, conformément à l'article 1478 du Code civil, un contrat obligeant les parties à un devoir de secours qui, même après une rupture éventuelle, peut avoir des conséquences financières.

1.5. Consolidation :

Moment où l'état médical de la victime se stabilise et où cette stabilisation est constatée par le médecin conseil.

1.6. Couverture 24/24h :

Lorsqu'il est fait mention aux conditions particulières d'une couverture 24/24h, cela signifie qu'un ou plusieurs Bénéficiaires disposent d'une couverture les protégeant non seulement au cours de leur vie professionnelle, mais également au cours de leur vie privée.

1.7. Loi :

La Loi belge du 10 avril 1971 sur les Accidents du Travail ainsi que toutes ses extensions, toutes ses modifications et tous ses arrêtés d'exécution.

1.8. Nous/Assureur :

Les AP Assurances, Place Charles Rogier 11 à B-1210 Bruxelles, agréée sous le numéro de code 0037, RPM Bruxelles TVA BE 0405.764.064, IBAN BE72 0910 1224 0116, BIC GKCCBEBB, la compagnie d'assurances auprès de laquelle vous souscrivez ce contrat

1.9. Plafond légal :

Montant maximum imposé par la Loi jusqu'auquel les rémunérations sont prises en compte pour l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ». Le montant de ce plafond est révisé annuellement via arrêté royal.

Le Plafond légal en vigueur au moment de la conclusion de votre contrat est indiqué sur la première page des conditions particulières.

1.10. Salaire garanti :

1. Pour les ouvriers : le salaire hebdomadaire ou mensuel garanti.
2. Pour les employés : le salaire mensuel garanti.

1.11. Terrorisme :

Action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

Conformément à la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, seul le Comité décide si un événement répond à la définition du terrorisme.

1.12. Vie privée

Période qui s'écoule en dehors de la Vie professionnelle et qui est consacrée à l'exercice d'activités non rémunérée.

1.13. Vie professionnelle

Période pendant laquelle le Bénéficiaire exerce des activités au service du preneur d'assurance ou de son entreprise, y compris les déplacements considérés par la Loi comme étant le chemin du travail.

1.14. Vous :

Le preneur d'assurance, également assuré. Il est l'employeur, personne physique ou morale, assujéti à la Loi et qui a souscrit le contrat.

ACCIDENTS DU TRAVAIL :

GARANTIE LÉGALE

ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

2. DISPOSITIONS PRÉLIMINAIRES

Conformément à l'article 6 de la Loi, la présente couverture produira ses effets même si le contrat de louage de travail est nul.

Toute convention contraire aux dispositions de la Loi est nulle de plein droit.

3. OBJET DE LA COUVERTURE

En cas d'Accident survenu aux Bénéficiaires pendant la durée du contrat et pour autant que la Loi soit d'application, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais fixés par la Loi.

Nous Nous engageons à verser ces indemnités et frais à la victime ou à ses ayants droit sans exception ni réserve relative au contrat et nonobstant toute clause de déchéance, à condition que l'Accident soit survenu avant la fin du présent contrat.

La garantie s'étend à toutes les activités auxquelles Vous employez votre personnel.

4. RÉPARATION

4.1. ACCIDENT DU TRAVAIL NON MORTEL

4.1.1. INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE

► Incapacité temporaire totale

Conformément à l'article 22 de la Loi, lorsque l'Accident entraîne une incapacité temporaire totale de travail, Nous verserons à la victime, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité du travail, une indemnité journalière égale à 90% de la rémunération quotidienne moyenne.

L'indemnité pour la journée au cours de laquelle l'Accident survient ou au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération quotidienne normale moins la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

► Incapacité temporaire partielle : la remise au travail

Conformément à l'article 23 de la Loi, si l'incapacité de travail est ou devient partielle, Nous pouvons Vous demander d'examiner la possibilité d'une remise au travail, soit dans la profession que la victime exerçait avant l'Accident, soit dans une profession appropriée qui peut lui être confiée à titre provisoire. La remise au travail ne peut avoir lieu qu'après avis favorable du médecin du travail lorsque cet avis est prescrit par le Règlement général pour la protection du travail ou lorsque la victime s'estime inapte à reprendre le travail.

Si la victime accepte la remise au travail, Nous lui octroyons une indemnité équivalente à la différence entre sa rémunération avant l'Accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail.

Jusqu'au jour de la remise complète au travail ou de la Consolidation, la victime bénéficie de l'indemnité d'incapacité temporaire totale :

1° si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation ;

2° si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation ;

3° si, pour un motif valable, elle refuse ou met fin à la remise au travail ou au traitement proposé.

Par contre, si, sans raison valable, la victime refuse la remise au travail proposée ou l'interrompt prématurément, Nous lui accordons uniquement une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte.

Si, sans raison valable, la victime refuse ou interrompt prématurément le traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation, son indemnité correspondra à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans une profession provisoire qui lui est promise par écrit, suivant les modalités prévues au premier alinéa, pour le cas où elle suivrait le traitement.

Pendant le temps nécessaire à la procédure de remise au travail visée ici, la victime a droit à l'indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail.

Conformément à l'article 23bis de la Loi, sans préjudice des dispositions de l'article 39 de la Loi, après une période de trois mois à compter du jour de l'Accident, les indemnités visées aux articles 22 et 23 sont adaptées à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Pour l'application de l'alinéa précédent, l'indemnité journalière est liée à l'indice-pivot en vigueur à la date de l'Accident en application de l'article 4, § 1er, de la loi du 2 août 1971 précitée.

4.1.2. INCAPACITÉ DE TRAVAIL PERMANENTE

► **Guérison sans incapacité permanente**

Conformément à l'article 24 de la Loi, si Nous déclarons la victime guérie sans incapacité permanente de travail, Nous notifierons cette décision à la victime.

Cette notification sera effectuée pour autant que la période d'incapacité temporaire excède 7 jours.

► **Allocation**

Conformément à l'article 24 de la Loi, si l'incapacité est ou devient permanente, une allocation annuelle de 100%, calculée d'après la rémunération de base et le degré d'incapacité, remplace l'indemnité journalière à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence ; ce point de départ est constaté par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, ladite allocation annuelle est diminuée de 50% si le taux d'incapacité s'élève à moins de 5% et de 25% si le taux d'incapacité s'élève à 5% ou plus, mais reste inférieur à 10%.

► **Assistance d'une tierce personne**

Conformément à l'article 24 de la Loi, si l'état de la victime exige absolument et normalement l'assistance d'une autre personne, elle peut prétendre à une allocation complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance, sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé pour un travailleur à temps plein, par convention collective du travail conclue au sein du Conseil National du Travail.

Le montant annuel de cette allocation complémentaire ne peut dépasser le montant dudit revenu mensuel moyen garanti, multiplié par douze.

► **Hospitalisation**

Conformément à l'article 24 de la Loi, en cas d'hospitalisation de la victime, à notre charge, dans un établissement hospitalier ou de soins, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91e jour d'hospitalisation ininterrompue.

A l'expiration du délai de révision, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.

Conformément à l'article 24ter de la Loi, pour l'application des articles 24, alinéa 6, et 24bis, alinéa 2, de la présente Loi, toute nouvelle hospitalisation qui survient dans les 90 jours qui suivent la fin d'une hospitalisation précédente, est censée être la prolongation de cette dernière.

► **Aggravation**

Conformément à l'article 25 de la Loi, si l'incapacité permanente causée par un Accident du travail s'aggrave à un point tel que la victime ne peut plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre, durant cette période, aux indemnités prévues au point 4.1.1.

Sont assimilées à cette situation toutes les périodes nécessaires pour revoir ou reprendre toutes les mesures de réadaptation médicale et professionnelle y compris tous les problèmes posés par les prothèses lorsque ceci empêche totalement ou partiellement l'exercice de la profession dans laquelle la victime avait été reclassée.

Au cas où ces aggravations temporaires se produisent après le délai de révision, les indemnités ne sont dues qu'en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10%.

Conformément à l'article 25ter de la Loi, l'employeur redevable d'une rémunération garantie, conformément aux articles 52, 70 ou 71 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, à la victime d'un Accident du travail survenu chez un autre employeur est subrogé dans les droits de la victime selon les modalités fixées par le Roi. En l'occurrence, le Roi précise à qui seront payées les indemnités d'incapacité temporaire de travail relatives à la période couverte par la rémunération garantie.

4.1.3. DISPOSITIONS SPÉCIALES

► **Indexation**

Conformément à l'article 27bis de la Loi, les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 p.c. sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Ces allocations annuelles ou les rentes réellement payées sont rattachées à l'indice pivot en vigueur à la date de l'Accident en application de l'article 4, § 1er, de la loi du 2 août 1971 précitée.

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux allocations annuelles et rentes qui correspondent à un taux d'incapacité permanente de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. et dont la valeur est versée en capital au Fonds des Accidents du travail en application de l'article 45quater, alinéas trois et quatre.

Par dérogation à l'alinéa précédent, pour les Accidents visés à l'article 45quater, alinéas trois et quatre, antérieurs au 1er janvier 1997, les allocations annuelles correspondant à un taux d'incapacité de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. sont liées à l'indice des prix à la consommation jusqu'à la date du 1er janvier 1997.

Par dérogation aux alinéas 1er et 2, l'allocation annuelle et la rente visées à l'article 24, alinéa 4, suivent les indexations et les adaptations du revenu minimum mensuel moyen garanti qui découlent de la convention collective de travail visée à l'article précité.

En outre, des allocations, dont le montant et les conditions d'octroi sont fixés par le Roi, sont accordées à certaines catégories de victimes ou leurs ayants droit.

► **Allocation spéciale**

Conformément à l'article 27quater, la victime d'un Accident du travail et les ayants droit visés aux articles 12 à 17 inclus, peuvent prétendre à une allocation spéciale à charge du Fonds des Accidents du travail, s'ils fournissent la preuve que l'Accident ne donnait pas lieu, au moment du fait dommageable, à une réparation comme Accident du travail ou comme Accident sur le chemin du travail, alors que l'application de la Loi au moment de la demande aurait donné lieu à l'octroi d'une rente.

4.1.4. SOINS MÉDICAUX, PROTHÈSES ET AUTRES INDEMNITÉS

► **Prothèses**

Conformément à l'article 26 de la Loi, Nous garantissons à la victime l'indemnisation des frais de réparation ou de remplacement des appareils de prothèse ou d'orthopédie si ceux-ci ont subi un dommage causé par l'Accident et ce même si aucune lésion ne résulte de cet Accident.

Si la victime subit du fait du dommage visé ci-dessus une incapacité temporaire de travail, elle a droit, pendant la période nécessaire à la réparation ou au remplacement des appareils de prothèse et d'orthopédie, aux indemnités prévues au point 4.1.1.

► **Examens médicaux**

Conformément à l'article 27 de la Loi, pour les jours où la victime interrompt son travail en vue d'un examen résultant de l'Accident, Nous devons à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritee par la victime.

► **Soins médicaux**

Conformément à l'article 28 de la Loi, la victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'Accident.

► **Libre choix du médecin**

Conformément à l'article 29 de la Loi, Nous laissons à la victime le libre choix du médecin, ou du pharmacien, ou du service médical, pharmaceutique et hospitalier, sauf lorsque les conditions suivantes sont remplies :

1° Nous avons ou Vous avez institué à votre charge et dans les conditions déterminées par le Roi, un service médical, pharmaceutique ou hospitalier ;

2° le service a été agréé. L'agrément est accordée et retirée par le Roi dans les conditions qu'il détermine ;

3° Nous avons ou Vous avez désigné au moins trois médecins à qui la victime peut s'adresser ;

4° si Nous avons institué le service, Nous devons Vous en avoir informé ;

5° l'institution du service et le nom des médecins sont mentionnés au règlement de travail ;

6° le Comité de sécurité a été consulté dans les conditions fixées par le Roi dans le Règlement général pour la protection du travail.

Lorsqu'en raison de l'urgence, la victime a dû être admise dans un service autre que celui institué, en vertu du premier alinéa, par Vous ou Nous, Nous ne pouvons exiger le transfert de la victime vers nos services. Dans ce cas, les frais médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers demeurent à notre charge.

Conformément à l'article 30 de la Loi, Vous devez ou Nous devons désigner trois médecins au moins en dehors du service médical, pharmaceutique ou hospitalier dont il est question ci-avant, à qui la victime peut s'adresser en vue d'assurer la continuation et la surveillance du traitement médical prescrit et appliqué originellement par ce service et d'assurer le contrôle de son incapacité de travail. Cette désignation peut être faite à titre temporaire ou occasionnel chaque fois que la victime réside hors de la région où le service médical, pharmaceutique ou hospitalier ou le médecin agréé à titre permanent est installé.

Le Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ou, à défaut, la délégation syndicale, peut désigner les trois médecins visés au précédent alinéa lorsque :

1° Vous négligez ou Nous négligeons de désigner trois médecins ;

2° Vous désignez ou Nous désignons des médecins établis hors de la région où la victime réside en vue de son rétablissement complet.

Ces régions sont définies par Arrêté Royal.

Conformément à l'article 31 de la Loi, lorsque la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien et du service hospitalier, les frais médicaux sont remboursés sur base du tarif fixé par le Roi.

► **Médecin contrôle**

Conformément à l'article 32 de la Loi, au cours du traitement, dans le cas où la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien ou du service hospitalier, Nous et, dans le cas contraire, la victime ou les ayants droit pouvons désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Ce médecin disposera du libre accès auprès de la victime, le médecin traitant dûment prévenu. Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime ou les ayants droit. Nous les supportons à concurrence de 90%.

► **Frais de déplacement**

Conformément à l'article 33 de la Loi, Nous garantissons, dans les conditions fixées par le Roi, à la victime, le conjoint ou le Cohabitant légal, les enfants et les parents l'indemnisation des frais de déplacement résultants de l'Accident.

4.2. ACCIDENT DU TRAVAIL MORTEL

4.2.1. FRAIS FUNÉRAIRES

Conformément à l'article 10 de la Loi, lorsque la victime décède des suites de l'Accident du travail, Nous allouons une indemnité pour frais funéraires égale à 30 fois la rémunération quotidienne moyenne. En aucun cas, cette indemnité ne peut être inférieure au montant de l'indemnité correspondante allouée à la date du décès, en application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Conformément à l'article 11 de la Loi, outre l'indemnité pour frais funéraires, Nous prenons en charge les frais afférents au transfert de la victime décédée vers l'endroit où sa famille souhaite la faire inhumer ; Nous chargeons aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

4.2.2. RENTES DES AYANTS DROITS.

► **Conjoint**

Conformément à l'article 12 de la Loi, si la victime meurt des suites de l'Accident du travail, Nous accordons une rente viagère égale à 30% de sa rémunération de base :

1° au conjoint non divorcé, ni séparé de corps ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'Accident ;

2° au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment du décès de la victime ou la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, à condition que :

a) le mariage ou la cohabitation légale contracté après l'Accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou,

b) un enfant soit issu du mariage ou de la cohabitation légale ou,

c) au moment du décès, un enfant, pour lequel un des conjoints ou des Cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales, soit à charge.

Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à la charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1er sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

► **Enfants**

Conformément aux articles 13 et 14 de la Loi, Nous accordons :

a) aux orphelins de père OU de mère, une rente égale à 15% de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de ladite rémunération s'ils sont :

1° enfants de la victime ;

2° enfants du conjoint ou du Cohabitant légal de la victime.

b) aux enfants orphelins de père ET de mère, une rente égale à 20% de la rémunération de base pour chaque enfant sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de ladite rémunération.

Lorsque Nous accordons la rente aux enfants visés en a) 2° et b), cette rente est diminuée du montant de la rente accordée audits enfants en raison d'un autre Accident de travail. Le total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur à la rente accordée aux enfants de la victime.

c) aux enfants adoptés par une seule personne avant le décès, une rente égale à 20% de la rémunération de base de l'adoptant décédé par enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de la rémunération.

d) aux enfants adoptés par deux personnes, une rente égale à :

- 15% de la rémunération de base si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de ladite rémunération

- 20% de la rémunération de base si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de ladite rémunération.

Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 365 du Code civil, peuvent faire valoir leurs droits dans leur famille d'origine et dans leur famille adoptive, ne peuvent pas cumuler les droits auxquels ils pourraient prétendre dans chacune de ces familles. Ils peuvent toutefois opter entre la rente à laquelle ils

ont droit dans leur famille d'origine et celle à laquelle ils ont droit dans leur famille adoptive. Les adoptés peuvent toujours revenir sur leur choix si un nouvel Accident mortel survient dans leur famille d'origine ou adoptive.

En cas de concours d'enfants adoptés avec des enfants naturels ou légitimes, reconnus ou non, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.

Ces dispositions sont également applicables dans les cas prévus à l'article 355 du Code civil.

► **Parents**

Conformément à l'article 15 de la Loi, si la victime ne laisse ni conjoint, ni Cohabitant légal, ni enfant Bénéficiaire, Nous accordons :

a) au père et à la mère de la victime, une rente viagère égale à 20% de la rémunération de base pour chacun d'eux.

Toutefois, si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un Cohabitant légal sans enfant bénéficiaire, la rente pour chacun des Bénéficiaires visés à l'alinéa précédent est égale à 15% de la rémunération de base.

b) aux ascendants du père ou de la mère de la victime décédés avant la victime elle-même, une rente égale à 15% de la rémunération de base.

Si la victime laisse au moment du décès un conjoint ou un Cohabitant légal sans enfant bénéficiaire, Nous accordons une rente égale à 10% de la rémunération de base.

► **Petits-enfants**

Conformément à l'article 16 de la Loi, Nous accordons aux petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants Bénéficiaires :

a) une rente égale à 15% de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de la dite rémunération si le père ou la mère des petits-enfants est décédé

b) une rente égale à 20% de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de la dite rémunération si le père et la mère des petits-enfants sont tous deux décédés

Toutefois, s'il existe des enfants Bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants ; la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15% et partagée par tête.

Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20%.

La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre Accident du travail.

Sont assimilés aux petits-enfants, les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint ou du Cohabitant légal, pour autant que ces enfants n'aient pas encore droit à une rente en vertu de la Loi.

► **Frères et sœurs**

Conformément à l'article 17 de la Loi, Nous accordons aux frères et sœurs de la victime qui ne laisse aucun autre Bénéficiaire une rente égale à 15% de la rémunération de base, sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de ladite rémunération.

► **Si le nombre d'ayants droit est supérieur à trois**

Conformément à l'article 18 de la Loi, si le nombre d'ayants droit est supérieur à 3, le taux de 15% ou de 20% est diminué, pour chaque Ayant droit, en le multipliant par une fraction ayant pour numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'ayants droit.

Les taux maximum de 45% et de 60% restent applicables à tous les ayants droit aussi longtemps que leur nombre n'est pas inférieur à 3. S'il ne subsiste plus que 2 ayants droit, chacun d'eux a droit à une rente égale à 15% ou à 20%.

Chaque souche est ici considérée comme une unité.

► **Conditions spécifiques à l'obtention de la rente**

Conformément à l'article 20 de la Loi, les ascendants, petits-enfants, frères et sœurs ne recevront de rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

Si la victime est un apprenti qui ne recevait pas de rémunération, les Bénéficiaires ont néanmoins droit à la rente s'ils vivaient sous le même toit.

Début du paiement de la rente

Conformément à l'article 21 de la Loi, les rentes visées aux articles 12 à 17 de la Loi sont dues à partir de la date du décès de la victime.

► **Fin des rentes non viagères**

Conformément à l'article 19 de la Loi, les enfants, petits-enfants, frères et sœurs reçoivent une rente tant qu'ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de 18 ans.

La rente est due jusqu'à la fin du mois au cours duquel le droit s'éteint.

Sans préjudice des dispositions des alinéas 1 et 2, les enfants, petits-enfants, frères et sœurs handicapés reçoivent une rente aux conditions définies par le Roi.

Conformément à l'article 20bis de la Loi, pour les ascendants, la rente reste due jusqu'au moment où la victime aurait atteint l'âge de 25 ans, à moins qu'ils ne puissent fournir la preuve que la victime était leur principale source de revenus.

4.3. PAIEMENT

Conformément à l'article 45 de la Loi, la victime et le conjoint peuvent demander qu'un tiers au maximum de la valeur de la rente qui leur revient soit payé en capital.

Cette demande peut être formulée à tout moment, même après la constitution du capital. Le juge décide au mieux de l'intérêt du demandeur.

La valeur de la rente est calculée conformément au tarif en vertu de l'article 51, alinéa 2 de la Loi et au premier jour du trimestre suivant la décision du juge. A partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur le capital.

Conformément à l'article 45bis de la Loi, si après l'expiration du délai de révision, la rente est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10%, la valeur de la rente viagère, diminuée conformément à l'article

24, alinéa 3 de la Loi, est payée à la victime en capital dans le mois qui suit l'expiration dudit délai.

La valeur de la rente est calculée conformément au tarif fixé en vertu de l'article 51, alinéa 2 de la Loi et au premier jour du trimestre suivant l'expiration du délai de révision. A partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur le capital.

4.4. PROCÉDURE

4.4.1 ACTION EN PAIEMENT

Conformément à l'article 69 de la Loi, l'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans. L'action en répétition d'indemnités indues se prescrit également par trois ans.

L'assurance en répétition d'indemnités obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes se prescrit toutefois par cinq ans.

4.4.2 DÉLAIS DE RÉVISION

Conformément à l'article 72 de la Loi, la demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de la capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux conséquences de l'Accident, peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24 de la Loi.

La victime ou ses ayants droit peuvent intenter une action en justice contre la décision de guérison sans incapacité permanente de travail dans les trois ans qui suivent la date de la notification visée à l'alinéa 1er. Cette action peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de la décision visée à l'article 24 de la Loi.

L'action en révision peut être introduite par demande reconventionnelle jusqu'à la clôture des débats, par voie de conclusions déposées au greffe et communiquées aux autres parties.

4.5. ENTREPRISE D'ASSURANCE

Conformément aux dispositions de l'article 49 de la Loi, l'employeur est tenu de souscrire une assurance contre les Accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances qui :

1° est autorisée aux fins de l'assurance contre les Accidents du travail

ou peut exercer l'assurance contre les Accidents du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances;

2° satisfait à toutes les règles et conditions imposées par la présente loi.

Nous couvrons tous les risques définis aux articles 7 et 8 pour tous les travailleurs au service d'un employeur et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par cet employeur.

Toutefois, Vous conservez la possibilité d'assurer auprès d'entreprises d'assurances distinctes le personnel de différents sièges d'exploitation et tous les gens de maison à son service.

Si Vous pratiquez également des assurances contre les Accidents du travail, Vous devez souscrire l'assurance obligatoire contre les Accidents du travail en faveur de vos travailleurs auprès d'une entreprise d'assurances agréée avec laquelle Vous n'avez aucun lien juridique ou commercial.

4.6. AFFILIATION D'OFFICE AU FONDS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Conformément à l'article 50 de la Loi, l'employeur qui n'a pas contracté une assurance est affilié d'office auprès du Fonds des Accidents du travail conformément aux dispositions fixées par le Roi après avis du Comité de gestion dudit Fonds.

ACCIDENTS DU TRAVAIL : DROIT COMMUN

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL EXCEDANT LE PLAFOND LEGAL

5. DÉFINITION DES NOTIONS

Par dérogation aux définitions des notions figurant au point 1, Nous entendons, aux termes de la présente assurance, par :

Bénéficiaires : les travailleurs désignés dans les conditions particulières et liés par un contrat de travail à l'entreprise assurée.

6. PRÉAMBULE

Cette garantie est facultative et ne s'applique que si elle figure dans les conditions particulières.

La garantie n'existe qu'en faveur des Bénéficiaires tels que définis au point 5 ci-dessus ou, en cas de décès de ceux-ci, de leurs Ayants droits.

Vous avez le choix entre deux formules d'indemnisation: sur base de la Loi ou sur base de multiplicateurs.

L'option choisie est indiquée dans les conditions particulières. Par défaut, Vous êtes couvert sur base de la Loi.

Si rien n'est stipulé dans les conditions générales ou particulières, les règles dictées par la Loi seront d'application.

7. OBJET DE LA GARANTIE

Base Loi

En cas d'Accident survenu aux Bénéficiaires pendant la durée de la présente garantie et pour autant que la Loi soit d'application, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base légale, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des mêmes critères que ceux fixés par la Loi, à l'exception des indemnités pour aggravation temporaire.

Multiplicateurs

En cas d'Accident survenu aux Bénéficiaires pendant la durée du présent contrat et pour autant que la Loi soit d'application, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base des multiplicateurs, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des critères que Vous aurez fixés et qui sont inscrits dans les conditions particulières.

8. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE

Base Loi

Les indemnités se calculent en fonction de la différence entre la rémunération annuelle de la victime, fixée conformément à la Loi, et la

rémunération de base maximum légale.

Toutefois, pour chaque Bénéficiaire, la rémunération annuelle à prendre en considération se limite au montant indiqué dans les conditions particulières.

Multiplicateurs

Les indemnités se calculent en fonction du montant forfaitaire indiqué dans les conditions particulières ou de la rémunération annuelle réelle de la victime, fixée conformément à la Loi.

Toutefois, dans ce second cas, pour chaque Bénéficiaire, la rémunération annuelle à prendre en considération se limite au montant indiqué dans les conditions particulières.

9. DÉCÈS

9.1. CONDITION D'OCTROI

L'indemnisation en cas de décès est due à condition que le Bénéficiaire décède dans les trois ans à compter du jour de la survenance de l'Accident.

Nous payons aux Ayants droit le capital prévu uniquement lorsque le décès résulte directement de l'Accident ou lorsque l'Accident est une cause d'aggravation telle de l'état du Bénéficiaire que, sans cet Accident, le décès ne se serait pas produit.

9.2. INDEMNISATION

Base Loi

Les rentes ou capitaux versés aux Ayants droit en cas de décès suivent les mêmes règles que celles appliquées aux rentes ou capitaux alloués en vertu de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ».

Multiplicateurs

Lorsque toutes les conditions relatives au paiement d'indemnités aux ayants droit sont respectées, Nous payons aux conjoints, Cohabitants légaux, enfants et à défaut, à la personne désignée (voir points 9.3., 1°, 2° et 5°) un montant égal à la rémunération conventionnelle définie ci-avant multipliée par le coefficient indiqué dans les conditions particulières.

Les ascendants, frères et sœurs (voir point 9.3., 3° et 4°) recevront quant à eux une indemnité égale à une fois la rémunération conventionnelle et ce uniquement s'ils parviennent à démontrer qu'ils tiraient un avantage direct et principal de la rémunération du Bénéficiaire.

Si plusieurs Ayants droit peuvent prétendre à une indemnité, Nous appliquerons la règle proportionnelle et non le partage prévu par la Loi.

9.3. AYANTS DROITS

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, les Ayants droit du Bénéficiaire sont, dans l'ordre :

- 1°) le conjoint non séparé de corps ni de fait au moment du décès de la victime ou la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, et/ou
- 2°) les enfants qui sont appelés à hériter, à défaut
- 3°) les parents du Bénéficiaire, à défaut
- 4°) les grands parents, frères et sœurs du Bénéficiaire ;
- 5°) s'il n'y a pas d'Ayants droit appartenant à la catégorie 1° ou 2°, la personne éventuellement désignée dans les conditions particulières. Celle-ci prime sur les Ayants droit visés au 3° et 4°.

9.4. SUSPICION DE DÉCÈS

En cas de disparition du Bénéficiaire lors d'un Accident couvert sans preuve de décès de celui-ci, les indemnités seront payées aux Ayants droit après écoulement d'un délai d'un an. Si le Bénéficiaire est retrouvé en vie après paiement de cette indemnité, toutes les sommes que Nous avons versées Nous serons remboursées par les Bénéficiaires de cette indemnité sans qu'aucune contestation ne puisse être soulevée.

Si plusieurs Ayants droit peuvent prétendre à une indemnité, Nous appliquerons la règle proportionnelle et non le partage prévu par la Loi.

9.5. DÉCÈS ET INCAPACITÉ

Cumul des indemnités

Le versement des indemnités pour incapacité temporaire est versé indépendamment de toute indemnisation pour décès. Par contre, Nous ne cumulerons pas les indemnités dues en cas de décès avec celles dues en cas d'incapacité permanente.

Décès non lié à l'Accident

Si la victime décède, pour des raisons indépendantes de l'Accident du travail, avant la fixation du taux d'incapacité permanente, Nous réglerons l'indemnité prévue pour l'incapacité permanente sur base d'un taux minimum dont on peut être sûr que la victime serait restée atteinte.

10. INCAPACITÉ PERMANENTE

10.1. DEGRÉ D'INCAPACITÉ

Le degré d'incapacité permanente est identique à celui fixé pour la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ». Il ne pourra jamais différer de ce dernier.

10.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL

Lorsque le degré d'incapacité n'excède pas les 10%, la rente due sera automatiquement convertie en capital à l'expiration du délai de révision.

Pour les cas où le degré d'incapacité est égal ou excède les 10%, Nous pouvons proposer et la victime peut réclamer la conversion de tout ou partie de la rente en capital. Chacune des parties reste néanmoins libre d'accéder ou non à cette requête.

10.3. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

Nous payons au Bénéficiaire un montant égal à la rémunération conventionnelle définie au point 8 multipliée par le multiplicateur indiqué aux conditions particulières. Si l'incapacité permanente est partielle, ce montant sera réduit proportionnellement au degré de capacité.

Quel que soit le mode d'indemnisation, lorsque les trois années du délai de révision tel que prévues par la Loi sont

écoulées, l'indemnisation est considérée comme définitive. Nous ne donnerons dès lors plus suite aux éventuelles revendications ultérieures.

11. INCAPACITÉ TEMPORAIRE

11.1. PRINCIPE

Si le Bénéficiaire est temporairement incapable de travailler suite à l'Accident, Nous lui verserons une indemnité journalière dont le montant et les modalités sont prévues aux conditions particulières du contrat.

Cette indemnité est due après déduction intégrale des éventuels remboursements versés en vertu de la législation de la sécurité sociale.

11.2. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

L'indemnisation est versée suivant les dispositions prévues aux conditions particulières.

11.3. REPRISE PARTIELLE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, cette indemnité est due jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire reprend partiellement ses activités professionnelles, l'indemnité sera revue proportionnellement.

11.4. DÉLAI DE PAIEMENT

L'indemnité d'incapacité temporaire est versée mensuellement à terme échu.

12. FRAIS DE TRAITEMENT

Lorsque les conditions particulières le prévoient, Nous garantissons, à concurrence du montant maximum mentionné dans les conditions particulières, le paiement de tous les frais occasionnés à la victime par l'Accident du travail et non couverts par l'assurance obligatoire Accidents du travail.

Les indemnités sont versées après déduction des indemnités octroyées par l'assurance maladie-invalidité et l'assurance des Accidents du travail.

Notre intervention couvre, moyennant accord préalable de notre médecin-conseil :

- l'homéopathie, acupuncture ou toute autre médecine parallèle ;
- les frais de déplacement de la famille lors des visites de la victime à l'hôpital ;
- les frais de première prothèse jugés non absolument nécessaires par l'assureur Loi ;
- les frais de chirurgie plastique ;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle ;
- les frais de recherche et de sauvetage de la victime ;
- la partie des frais médicaux et /ou prothèses qui excède le barème INAMI.

Bien entendu, si l'Accident fait plusieurs victimes, Nous interviendrons uniquement dans l'indemnisation des frais déboursés pour les victimes pouvant être considérées comme Bénéficiaires.

13. INDEXATION DES RENTES

13.1 PRINCIPE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, les indemnités et rentes ne sont pas indexées.

13.2 INDEXATION

Si les conditions particulières prévoient l'indexation des indemnités, les principes suivants seront d'application :

Par dérogation au point 13.1, l'indexation des indemnités est garantie dans les cas et de la manière définis par la Loi (cf. AR n° 530 du 31 mars 1987).

Si l'indice annuel (calculé sur les douze derniers mois) à appliquer en vertu de la Loi est supérieur aux taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans, émis en EUR, l'indexation sur base annuelle se limitera au taux d'intérêt des bons de caisse mentionnés ci-dessus.

Le taux d'intérêt est en l'occurrence le taux d'intérêt officiel (ou, à défaut, le taux d'intérêt moyen des principales institutions financières belges) qui s'applique aux bons de caisse nouvellement émis au début de l'année civile qui précède le versement de la rente ou de l'indemnité annuelle.

Si les bons de caisse précités ne sont plus proposés, ils seront remplacés en tant que référence par une forme de placement de même valeur, sous la surveillance de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

14. EXCLUSIONS

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les Accidents causés ou aggravés par un acte intentionnel ou par une faute lourde d'un assuré ou d'un Bénéficiaire ;
Par faute lourde, s'entend :
 1. - l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique
 - un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcooliséesToutefois, la garantie demeure acquise si la victime prouve l'absence de lien de causalité entre cette circonstance et l'Accident
 2. - l'implication dans des rixes
 - la participation à des paris ou défis
 - des actes téméraires
- Toutefois, la garantie est acquise à l'assuré qui n'est pas l'auteur de la circonstance décrite, à condition qu'il prouve que rien ne peut lui être reproché.
- b) le suicide ou la tentative de suicide ;
 - c) les accidents causés par un état physique ou psychique déficient de la victime ;
 - d) les accidents résultant de la participation à des courses ou concours de vitesse, de régularité ou d'adresse avec des véhicules automoteurs ou des véhicules de navigation, essais inclus. De simples rallies touristiques et de détente sont toutefois assurés.
 - e) les accidents causés par un fait de guerre, une guerre civile, une émeute, une insurrection ou un état de siège. Cette exclusion

ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début hostilités, à condition que la Belgique n'y soit pas impliquée et que le Bénéficiaire soit surpris par ces événements ;

- f) les Accidents dont la cause déterminante est :
- une réaction nucléaire, la radioactivité ou des radiations ionisantes ; toutefois, les irradiations requises médicalement à la suite d'un Accident couvert sont assurées ;
 - une catastrophe naturelle, à l'exception de la foudre qui demeure couverte.
- g) la possession et l'utilisation de véhicules aériens, à d'autre titre que celui de passager
- h) les Accidents causés par des pièces d'artifice, des explosifs, des munitions et des armes de guerre.
- i) les accidents consécutifs à
- la pratique lucrative de sports ;
 - la pratique de sports de combat (à l'exception du judo) ;
 - la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous marine, de la spéléologie, de sports aériens tels que le benji, le parachutisme, le deltaplane et le vol à voile ;
 - la pratique du rafting, du bobsleigh, du puenting et du skeleton ;
 - la pratique du ski de compétition ;
 - l'usage de bateaux à voile ou à moteur à plus de 3 milles des côtes

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS VIE PRIVEE

15. DÉFINITION DES NOTIONS

Par dérogation aux définitions des notions figurant au point 1. Nous entendons aux termes de la présente assurance, par :

Accident : un événement soudain dont la cause ou une des causes est étrangère à l'organisme du Bénéficiaire et qui entraîne une lésion corporelle observable objectivement ou la mort.

Bénéficiaires : les travailleurs désignés dans les conditions particulières et liés par un contrat de travail à l'entreprise assurée. Sauf mention contraire aux conditions particulières, ces personnes perdent leur qualité de Bénéficiaire à la première échéance qui suit leur septantième anniversaire.

16. PRÉAMBULE

Cette garantie est facultative et ne s'applique que si elle figure dans les conditions particulières.

La garantie n'existe qu'en faveur des Bénéficiaires tels que visés au point 15 ci-dessus ou, en cas de décès de ceux-ci, de leurs Ayants droit.

Vous avez le choix entre deux formules d'indemnisation : sur base de la Loi ou sur base de multiplicateurs.

L'option que Vous avez choisie est indiquée dans nos conditions particulières.

Par défaut, Vous êtes couverts sur base de la Loi.

Les règles dictées par la Loi seront d'application à moins qu'il n'en soit stipulé autrement dans les conditions générales ou particulières.

17. OBJET DE LA GARANTIE

Base Loi

En cas d'Accident survenu aux Bénéficiaires pendant la durée de la présente garantie et pour autant que la Loi soit d'application, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base légale, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des mêmes critères que ceux fixés par la Loi, à l'exception des indemnités pour aggravation temporaire et les allocations.

Multiplicateurs

En cas d'Accident de la Vie privée survenu aux Bénéficiaires pendant la durée du présent contrat, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base des multiplicateurs, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des critères que Vous aurez fixé et qui sont inscrits dans les conditions particulières.

18. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE

Si la victime est embauchée pour un travail à temps partiel en vertu d'un ou de plusieurs contrat(s) de travail, la rémunération de base servant au calcul de toutes les indemnités se détermine exclusivement en fonction de la rémunération qui est due en vertu du contrat de travail conclu avec Vous .

Les indemnités se calculent en fonction de la rémunération de base mentionnée aux conditions particulières. Sauf disposition contraire dans les conditions générales, cette rémunération ne peut jamais excéder la rémunération réelle de la victime.

19. DÉCÈS

19.1. CONDITIONS D'OCTROI

L'indemnisation en cas de décès est due à condition que le Bénéficiaire décède dans les trois ans à compter du jour de la survenance de l'Accident.

Nous payons aux Ayants droit le capital prévu uniquement lorsque le décès résulte directement de l'Accident ou lorsque l'Accident est une cause d'aggravation telle de l'état du Bénéficiaire que sans cet Accident, le décès ne se serait pas produit.

19.2. INDEMNISATION

Base Loi

Les rentes ou capitaux versés aux Ayants droit en cas de décès suivent les mêmes règles que celles appliquées aux rentes ou capitaux alloués en vertu de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ».

Multiplicateurs

Lorsque toutes les conditions relatives au paiement d'indemnités aux Ayants droit sont respectées, Nous payons aux conjoints, Cohabitants légaux, enfants et à défaut, à la personne désignée (voir points 19.3. 1°, 2° et 5°) un montant égal à la rémunération conventionnelle définie ci-avant multipliée par le coefficient indiqué dans les conditions particulières.

Les ascendants, frères et sœurs (voir point 19.3. 3° et 4°) recevront quant à eux une indemnité égale à une fois la rémunération conventionnelle et ce uniquement s'ils parviennent à démontrer qu'ils tiraient un avantage direct et principal de la rémunération du Bénéficiaire.

Si plusieurs Ayants droit peuvent prétendre à une indemnité, Nous appliquerons la règle proportionnelle et non le partage prévu par la Loi.

19.3. AYANT DROITS POUR LE SYSTÈME DES MULTIPLICATEURS

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, les Ayants droit du Bénéficiaire sont, dans l'ordre :

1° le conjoint non séparé de corps, ni de fait au moment du décès de la victime ou la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, et/ou

2° les enfants qui sont appelés à hériter, à défaut

3° les parents du Bénéficiaire, à défaut

4° les grands parents, frères et sœurs du Bénéficiaire ;

5° s'il n'y a pas d'Ayants droit appartenant à la catégorie 1° ou 2°, la personne éventuellement désignée dans les conditions particulières. Celle-ci prime sur les Ayants droit visés au 3° et 4°.

6° à défaut d'ayant droit, Nous payerons uniquement la somme correspondant aux frais funéraires, limitée au forfait prévu par la Loi (voir 4.2.1.) à l'exclusion des frais de rapatriement.

19.4. SUSPICION DE DÉCÈS

En cas de disparition du Bénéficiaire lors d'un Accident couvert sans preuve de décès de celui-ci, les indemnités seront payées aux Ayants droit après écoulement d'un délai d'un an. Si le Bénéficiaire est retrouvé en vie après paiement de cette indemnité, toutes les sommes que Nous avons versées Nous serons remboursées par les Bénéficiaires de cette indemnité sans qu'aucune contestation ne puisse être soulevée.

19.5. VERSEMENT DES INDEMNISATIONS

Lorsque Vous ou les ayants droit de la victime Nous remettez la quittance provisionnelle signée, les droits et obligations de chacune des parties sont

définitivement fixés. Le versement du capital ou de la rente qui y sera convenu est définitivement libératoire et met un terme à toute éventuelle revendication ultérieure.

19.6. DÉLAI DE PAIEMENT

Le capital décès est versé dans un délai de 30 jours à dater de la perception des justificatifs demandés et après réception de la quittance transactionnelle signée.

19.7. DÉCÈS ET INCAPACITÉ

Cumul des indemnités

Le versement des indemnités pour incapacité temporaire est versé indépendamment de toute indemnisation pour décès. Par contre, Nous ne cumulerons pas les indemnités dues en cas de décès avec celles dues en cas d'incapacité permanente.

Décès non lié à l'Accident

Si la victime décède, pour des raisons indépendantes de l'Accident, avant la fixation du taux d'incapacité permanente, Nous réglerons l'indemnité prévue pour l'incapacité permanente sur base d'un taux minimum dont on peut être sûr que la victime serait restée atteinte.

Décès résultant de l'Accident

Si le décès se produit après Consolidation mais avant signature de la quittance transactionnelle du capital d'invalidité permanente, seul le capital décès est dû. Si le décès survient après la signature de cette quittance, ce capital rest acquis aux ayants droit et remplace le capital déc

20. INCAPACITÉ PERMANENTE

20.1. DEGRÉ D'INVALIDITÉ

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le degré d'invalidité permanente est fixé au plus tard 3 ans après la date de l'Accident. L'état de la victime est alors considéré comme ne pouvant plus évoluer.

Le degré d'incapacité permanente est identique à celui fixé pour la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ».

20.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL

Lorsque le degré d'incapacité n'excède pas les 10%, la rente due sera automatiquement convertie en capital à l'expiration du délai de révision.

Pour les cas où le degré d'incapacité est égal ou excède les

10%, Nous pouvons proposer et la victime peut réclamer la conversion de tout ou partie de la rente en capital. Chacune des parties reste néanmoins libre d'accéder ou non à cette requête.

20.3. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie

« Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

Nous payons au Bénéficiaire un montant égal à la rémunération conventionnelle définie au point 18 multipliée par le coefficient indiqué aux conditions particulières. Si l'invalidité permanente est partielle, ce montant sera réduit proportionnellement au degré de capacité.

20.4. ETAT ANTÉRIEUR

Si l'Accident entraîne l'aggravation d'une lésion, préexistante à l'Accident, d'un organe, membre ou fonction, Nous indemniserons sur base de la perte fonctionnelle, en tenant compte de la déduction pour l'invalidité préexistante.

20.5. AIDE DE TIERS

Contrairement aux dispositions de l'article 24 alinéa 4 de la Loi (voir point 4.1.2.), Nous ne prendrons pas en charge l'assistance d'une tierce personne nécessitée par l'état de la victime.

20.6. QUITTANCE PROVISIONNELLE

Lorsque la victime ou ses ayants droit Nous remettent la quittance provisionnelle signée, les droits et obligations de chacune des parties sont définitivement fixés. Le versement du capital ou de la rente qui y sera

convenu est définitivement libératoire et met un terme à toute éventuelle revendication ultérieure.

20.7. DÉLAI DE PAIEMENT

Le capital incapacité permanente est versé dans un délai de 30 jours à dater du moment où Vous Nous renvoyez pour accord la convention écrite relative au degré définitif d'invalidité permanente.

21. INCAPACITÉ TEMPORAIRE

21.1. PRINCIPE

Si le Bénéficiaire est temporairement incapable de travailler suite à l'Accident, Nous lui verserons une indemnité journalière dont le montant et les modalités sont prévues aux conditions particulières du contrat.

Cette indemnité est due après déduction intégrale des éventuels remboursements versés en vertu de la législation de la sécurité sociale.

L'indemnité ne sera payée qu'à condition que la victime subisse une perte réelle de salaire ou de revenu.

21.2. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

L'indemnisation est versée suivant les dispositions prévues aux conditions particulières.

21.3. REPRISE PARTIELLE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, cette indemnité est due jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire reprend partiellement ses activités professionnelles, l'indemnité sera revue proportionnellement.

21.4. DÉLAI DE PAIEMENT

L'indemnité d'incapacité temporaire est versée mensuellement à terme échu.

22. FRAIS DE TRAITEMENT

22.1. PRINCIPE

Sauf mention contraire aux conditions particulières, Nous remboursons les frais de soins médicaux et les frais similaires fixés par la Loi jusqu'à la date de la guérison complète ou, en cas d'incapacité permanente de travail, jusqu'à trois ans après la date de l'accord qui établit cette incapacité.

Les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, dont l'usage est rendu nécessaire à la suite de l'Accident, sont remboursés conformément à la Loi. Ce remboursement sera cependant limité au montant défini par les directives du Fonds des Accidents du Travail ou, à défaut, au tarif de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Les frais décrits ci-dessus sont remboursés à l'épuisement des interventions de la sécurité sociale ou d'autres organismes assureurs comme les mutuelles sur présentation des justificatifs des frais exposés.

22.2. EXTENSION DE GARANTIE

Lorsque les conditions particulières le prévoient, Nous garantissons, à concurrence du montant maximum mentionné dans les conditions particulières, le paiement de tous les frais occasionnés à la victime par l'Accident et non couverts par l'assurance obligatoire Accidents du travail.

Les indemnités sont versées après déduction des indemnités octroyées par l'assurance maladie-invalidité et l'assurance des Accidents du travail.

Notre intervention couvre, moyennant accord préalable de notre médecin-conseil :

- l'homéopathie, acupuncture ou toute autre médecine parallèle ;
- les frais de déplacement de la famille lors des visites de la victime à l'hôpital ;
- les frais de première prothèse jugés non absolument nécessaires par l'assureur Loi ;

- les frais de chirurgie plastique ;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle ;
- les frais de recherche et de sauvetage de la victime ;
- la partie des frais médicaux et /ou prothèses qui excède le barème INAMI.

Bien entendu, si l'Accident fait plusieurs victimes, Nous interviendrons uniquement dans l'indemnisation des frais déboursés pour les victimes pouvant être considérées comme Bénéficiaires.

23. INDEXATION DES RENTES

23.1. PRINCIPE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, les indemnités ne sont pas indexées.

23.2. INDEXATION

Lorsque les conditions particulières prévoient l'indexation des indemnités, les principes suivants sont d'application :

Par dérogation à l'article 23.1., l'indexation des indemnités est garantie dans les cas et de la manière définis par la Loi.

Si l'indice annuel (calculé sur les douze derniers mois) à appliquer en vertu de la Loi est supérieur aux taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans, émis en EUR, l'indexation sur base annuelle se limitera au taux d'intérêt des bons de caisse mentionnés ci-dessus.

Le taux d'intérêt est en l'occurrence le taux d'intérêt officiel (ou, à défaut, le taux d'intérêt moyen des principales institutions financières belges) qui s'applique aux bons de caisse nouvellement émis au début de l'année civile qui précède le versement de la rente ou de l'indemnité annuelle.

Si les bons de caisse précités ne sont plus proposés,

ils seront remplacés en tant que référence par une forme de placement de même valeur, sous la surveillance la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

24. EXCLUSIONS

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les Accidents causés ou aggravés par un acte intentionnel ou par une faute lourde d'un assuré ou d'un Bénéficiaire ;

Par faute lourde, s'entend :

1.
 - l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ;
 - un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées.

Toutefois, la garantie demeure acquise si la victime prouve l'absence de lien de causalité entre cette circonstance et l'Accident.

2.

- l'implication dans des rixes ;
- la participation à des paris ou défis ;
- des actes téméraires.

Toutefois, la garantie est acquise à l'assuré qui n'est pas l'auteur de la circonstance décrite, à condition qu'il prouve que rien ne peut lui être reproché.

- c) Le suicide ou la tentative de suicide ;
- d) Les Accidents dus à un état physique ou psychique déficient ;
- e) Les Accidents résultant de la participation à des courses ou concours de vitesse, de régularité ou d'adresse avec des véhicules automoteurs ou des véhicules de navigation, essais inclus. De simples rallyes touristiques et de détente sont toutefois assurés.
- f) Les Accidents causés par un fait de guerre, une guerre civile, une émeute, une insurrection ou un état de siège. Cette exclusion ne s'applique pas aux Accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, à condition que la Belgique n'y soit pas impliquée et que le Bénéficiaire soit surpris par ces événements.
- g) Les Accidents dont la cause déterminante est :
 - une réaction nucléaire, la radioactivité ou des radiations ionisantes ; toutefois, les irradiations requises médicalement à la suite d'un Accident couvert sont assurées ;
 - une catastrophe naturelle, à l'exception de la chute de la foudre

qui reste couverte.

- h) La possession et l'utilisation de véhicules aériens, à d'autre titre que celui de passager.
- i) Les Accidents causés par des pièces d'artifice, des explosifs, des munitions et des armes de guerre.
- j) Les Accidents consécutifs à :
 - la pratique lucrative de sports ;
 - la pratique de sports de combat (à l'exception du judo) ;
 - la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous marine, de la spéléologie, de sports aériens tels que le benji, le parachutisme, le deltaplane et le vol à voile ;
 - la pratique du rafting, du bobsleigh, du puenting et du skeleton ;
 - la pratique du ski de compétition ;
 - l'usage de bateaux à voile ou à moteur à plus de 3 milles des côtes ;

25. LITIGE D'ORDRE MÉDICAL

A défaut d'accord ou en cas de doute sur la nature des lésions ou leurs séquelles, le taux d'invalidité sera déterminé par deux médecins, le premier choisi par la victime, le second choisi par Nous.

S'il y a désaccord entre les médecins, ceux-ci en choisirons un troisième qui devra se prononcer sur la nature des lésions et leurs séquelles. La décision de ce médecin sera décisive et irrévocable.

Chaque partie supportera les frais et honoraires du médecin qu'elle aura désigné et, le cas échéant, la moitié des frais et honoraires du troisième médecin.

Si l'une des parties ne désigne pas de médecin ou si les deux médecins ne s'entendent pas quant au choix d'un troisième médecin, celui-ci sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le Tribunal de Première Instance du domicile de la victime.

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

26. DÉFINITION DES NOTIONS

Par dérogation aux définitions de notions figurant au point 1 de l'introduction, Nous entendons au terme de la présente assurance par :

Accident : un événement soudain dont la cause ou une des causes est étrangère à l'organisme du Bénéficiaire et qui entraîne une lésion corporelle observable objectivement ou la mort.

Bénéficiaires : les personnes mentionnées nommément dans les conditions particulières. Sauf mention contraire aux conditions particulières, ces personnes perdent leur qualité de Bénéficiaire à la première échéance qui suit leur septantième anniversaire.

27. PRÉAMBULE

Cette garantie est facultative et ne s'applique que si elle figure dans les conditions particulières. La garantie n'existe qu'en faveur des Bénéficiaires tels que visés au point 26 ci-dessus ou, en cas de décès de ceux-ci, de leurs Ayant droits.

Vous avez le choix entre deux formules d'indemnisation : sur base de la Loi ou sur base de multiplicateurs.

L'option que Vous avez choisie est indiquée dans nos conditions particulières.

Par défaut, Vous êtes couverts sur base de la Loi.

Les règles dictées par la Loi seront d'application à moins qu'il n'en soit stipulé autrement dans les conditions générales ou particulières.

28. OBJET DE LA GARANTIE

Base Loi

En cas d'Accident survenu aux Bénéficiaires pendant la durée de la présente garantie et pour autant que la Loi soit d'application, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base légale, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des mêmes critères que ceux fixés par la Loi, à l'exception des indemnités pour aggravation temporaire et les allocations.

Multiplicateurs

En cas d'Accident entraînant un dommage corporel au Bénéficiaire durant l'accomplissement des tâches décrites dans les conditions particulières pendant la durée du présent contrat, si Vous avez opté pour une indemnisation sur base des multiplicateurs, Nous garantissons le paiement des indemnités et des frais sur base des critères que Vous aurez fixé et qui sont inscrits dans les conditions particulières.

29. RÉMUNÉRATION CONVENTIONNELLE

Les indemnités se calculent en fonction de la rémunération de base mentionnée dans les conditions particulières. Cette rémunération ne peut jamais excéder la rémunération réelle de la victime.

30. DÉCÈS

30.1. CONDITIONS D'OCTROI

L'indemnisation en cas de décès est due à condition que le Bénéficiaire décède dans les trois ans à compter du jour de la survenance de l'Accident.

Nous payons aux Ayants droit le capital prévu uniquement lorsque le décès résulte directement de l'Accident ou lorsque l'Accident est une cause d'aggravation telle de l'état du Bénéficiaire que sans cet Accident, le décès ne se serait pas produit.

30.2. INDEMNISATION

Base Loi

Les rentes ou capitaux versés aux Ayants droit en cas de décès suivent les mêmes règles que celles appliquées aux rentes ou capitaux alloués en vertu de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ».

Multiplicateurs

Lorsque toutes les conditions relatives au paiement d'indemnités aux Ayants droit sont respectées, Nous payons aux conjoints, Cohabitants légaux, enfants et à défaut, à la personne désignée (voir points 30.3, 1°, 2° et 5°) un montant

égal à la rémunération conventionnelle définie ci-avant multipliée par le coefficient indiqué dans les conditions particulières.

Les ascendants, frères et sœurs (voir point 30.3. 3° et 4°) recevront quant à eux une indemnité égale à une fois la rémunération conventionnelle et ce uniquement s'ils

parviennent à démontrer qu'ils tiraient un avantage direct et principal de la rémunération du Bénéficiaire.

Si plusieurs Ayants droit peuvent prétendre à une indemnité, Nous appliquerons la règle proportionnelle et non le partage prévu par la Loi.

30.3. AYANTS DROIT POUR LE SYSTÈME DES MULTIPLICATEURS

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, les Ayants droit du Bénéficiaire sont, dans l'ordre :

1° le conjoint non séparé de corps, ni de fait au moment du décès de la victime ou la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, et/ou ;

2° les enfants qui sont appelés à hériter, à défaut ;

3° les parents du Bénéficiaire, à défaut ;

4° les grands parents, frères et sœurs du Bénéficiaire ;

5° s'il n'y a pas d'Ayants droit appartenant à la catégorie 1° ou 2°, la personne éventuellement désignée dans les conditions particulières. Celle-ci prime sur les Ayants droit visé au 3° et 4°.

6° à défaut d'ayant droit, Nous payerons uniquement la somme correspondant aux frais funéraires, limitée au forfait prévu par la Loi (voir 4.2.1.) à l'exclusion des frais de rapatriement.

30.4. SUSPICION DE DÉCÈS

En cas de disparition du Bénéficiaire lors d'un Accident couvert sans preuve de décès de celui-ci, les indemnités seront payées aux Ayants droit après écoulement d'un délai d'un an. Si le Bénéficiaire est retrouvé en vie après payement de cette indemnité, toutes les sommes que Nous avons versées Nous serons remboursées par les Bénéficiaires de cette indemnité sans qu'aucune contestation ne puisse être soulevée.

30.5. DÉLAI DE PAIEMENT

Le capital décès est versé dans un délai de 30 jours à dater de la perception des justificatifs demandés et après réception de la quittance transactionnelle signée.

30.6. VERSEMENT DES INDEMNISATIONS

Lorsque Vous ou les Ayants droit de la victime Nous remettez la quittance provisionnelle signée, les droits et obligations de chacune des parties sont définitivement fixés. Le versement du capital ou de la rente qui y sera convenu est définitivement libératoire et met un terme à toute éventuelle revendication ultérieure.

30.7. DÉCÈS ET INCAPACITÉ

Cumul des indemnités

Le versement des indemnités pour invalidité temporaire est versé indépendamment de toute indemnisation pour décès. Par contre, Nous ne cumulerons pas les indemnités dues en cas de décès avec celles dues en cas d'invalidité permanente.

Décès non lié à l'accident

Si la victime décède, pour des raisons indépendantes de l'Accident du travail, avant la fixation du taux d'invalidité permanente, Nous réglerons l'indemnité prévue pour l'invalidité permanente sur base d'un taux minimum dont on peut être sûr que la victime serait restée atteinte.

Décès résultant de l'accident

Si le décès se produit après Consolidation mais avant signature de la quittance transactionnelle du capital d'invalidité permanente, seul le capital décès est dû. Si le décès survient après la signature de cette quittance, ce capital reste acquis aux Ayants droit et remplace le capital décès qui n'est dès lors plus dû.

31. INCAPACITÉ PERMANENTE

31.1. DEGRÉ D'INCAPACITÉ

Sauf disposition contraire dans les conditions particulières, le degré d'invalidité permanente est fixé au plus tard 3 ans après la date de l'Accident. L'état de la victime est alors considéré comme ne pouvant plus évoluer.

Le degré d'incapacité permanente est identique à celui fixé pour la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail ».

31.2. CONVERSION DE LA RENTE EN CAPITAL

Lorsque le degré d'incapacité n'excède pas les 10%, la rente due sera automatiquement convertie en capital à l'expiration du délai de révision.

Pour les cas où le degré d'incapacité est égal ou excède les 10%, Nous pouvons proposer et la victime peut réclamer la conversion de tout ou partie de la rente en capital. Chacune des parties reste néanmoins libre d'accéder ou non à cette requête.

31.3. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

Nous payons au Bénéficiaire un montant égal à la rémunération conventionnelle définie au point 29 multipliée par le multiplicateur indiqué aux conditions particulières. Si l'invalidité permanente est partielle, ce montant sera réduit proportionnellement au degré de capacité.

31.4. ETAT ANTÉRIEUR

Si l'Accident entraîne l'aggravation d'une lésion, préexistante à l'Accident, d'un organe, membre ou fonction, Nous indemniserons sur base de la perte fonctionnelle, en tenant compte de la déduction pour l'invalidité préexistante.

31.5. AIDE DE TIERS

Contrairement aux dispositions de l'article 24 alinéa 4 de la Loi (voir point 4.1.3.), Nous ne prendrons pas en charge l'assistance d'une tierce personne nécessitée par l'état de la victime.

31.6. QUITTANCE PROVISIONNELLE

Lorsque la victime ou ses Ayants droit Nous remettent la quittance provisionnelle signée, les droits et obligations de chacune des parties sont définitivement fixés. Le versement du capital ou de la rente qui y sera convenu est définitivement libératoire et met un terme à toute éventuelle revendication ultérieure.

31.7. DÉLAI DE PAIEMENT

Le capital incapacité permanente est versé dans un délai de 30 jours à dater du moment où Vous Nous renvoyez pour accord la convention écrite relative au degré définitif d'invalidité permanente.

32. INCAPACITÉ TEMPORAIRE

32.1. PRINCIPE

Si le Bénéficiaire est temporairement incapable de travailler suite à l'Accident, Nous lui verserons une indemnité journalière dont le montant et les modalités sont prévues aux conditions particulières du contrat.

Cette indemnité est due après déduction intégrale des éventuels remboursements versés en vertu de la législation de la sécurité sociale.

32.2. INDEMNISATION

Base Loi

L'indemnisation suit l'indemnisation sur base de la garantie « Assurance obligatoire sur base de la Loi ».

Multiplicateurs

L'indemnisation est versée suivant les dispositions prévues aux conditions particulières.

32.3. REPRISE PARTIELLE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, cette indemnité est due jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire reprend partiellement ses activités professionnelles, l'indemnité sera revue proportionnellement.

32.4. DÉLAI DE PAIEMENT

L'indemnité d'incapacité temporaire est versée mensuellement à terme échu.

33. FRAIS DE TRAITEMENT

33.1. PRINCIPE

Sauf mention contraire aux conditions particulières, Nous remboursons les frais de soins médicaux et les frais similaires fixés par la Loi jusqu'à la date de la guérison complète ou, en cas d'incapacité permanente de travail, jusqu'à trois ans après la date de l'accord qui établit cette incapacité.

Les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, dont l'usage est rendu nécessaire à la suite de l'Accident, sont remboursés conformément à la Loi. Ce remboursement sera cependant limité au montant défini par les directives du Fonds des Accidents du Travail ou, à défaut, au tarif de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Les frais décrits ci-dessus sont remboursés à l'épuisement des interventions de la sécurité sociale ou d'autres organismes assureurs comme les mutuelles sur présentation des justificatifs des frais exposés.

33.2. EXTENSION DE GARANTIE

Lorsque les conditions particulières le prévoient, Nous garantissons, à concurrence du montant maximum mentionné dans les conditions particulières, le paiement de tous les frais occasionnés à la victime par l'Accident du travail et non couverts par l'assurance obligatoire Accidents du travail.

Les indemnités sont versées après déduction des indemnités octroyées par l'assurance maladie-invalidité et l'assurance des Accidents du travail.

Notre intervention couvre, moyennant accord préalable de notre médecin-conseil :

- l'homéopathie, acupuncture ou toute autre médecine parallèle ;
- les frais de déplacement de la famille lors des visites de la victime à l'hôpital ;

- les frais de première prothèse jugés non absolument nécessaires par l'assureur Loi ;
- les frais de chirurgie plastique ;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle ;
- les frais de recherche et de sauvetage de la victime ;
- la partie des frais médicaux et /ou prothèses qui excède le barème INAMI.

Bien entendu, si l'Accident fait plusieurs victimes, Nous interviendrons uniquement dans l'indemnisation des frais déboursés pour les victimes pouvant être considérées comme Bénéficiaires.

34. INDEXATION DES RENTES

34.1. PRINCIPE

Sauf mention contraire dans les conditions particulières, les indemnités ne sont pas indexées.

34.2. INDEXATION

Lorsque les conditions particulières prévoient l'indexation des indemnités, les principes suivants sont d'application :

Par dérogation à l'article 34.1., l'indexation des indemnités est garantie dans les cas et de la manière définis par la Loi.

Si l'indice annuel (calculé sur les douze derniers mois) à appliquer en vertu de la Loi est supérieur aux taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans, émis en EUR, l'indexation sur base annuelle se limitera au taux d'intérêt des bons de caisse mentionnés ci-dessus.

Le taux d'intérêt est en l'occurrence le taux d'intérêt officiel (ou, à défaut, le taux d'intérêt moyen des principales institutions financières belges) qui s'applique aux bons de caisse nouvellement émis au début de l'année civile qui précède le versement de la rente ou de l'indemnité annuelle.

Si les bons de caisse précités ne sont plus proposés, ils seront remplacés en tant que référence par une forme de placement de même valeur, sous la surveillance de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances.

35. EXCLUSIONS

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les Accidents causés ou aggravés par un acte intentionnel ou par une faute lourde d'un assuré ou d'un Bénéficiaire ;
Par faute lourde, s'entend :

1. - l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ;
- un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées.

Toutefois, la garantie demeure acquise si la victime prouve l'absence de lien de causalité entre cette circonstance et l'Accident.

2. - l'implication dans des rixes ;
- la participation à des paris ou défis ;
- des actes téméraires.

Toutefois, la garantie est acquise à l'assuré qui n'est pas l'auteur de la circonstance décrite, à condition qu'il prouve que rien ne peut lui être reproché.

- b) le suicide ou la tentative de suicide ;
- c) les Accidents dus uniquement à un état physique ou psychique déficient ;
- d) les Accidents résultant de la participation à des courses ou concours de vitesse, de régularité ou d'adresse avec des véhicules automoteurs ou des véhicules de navigation, essais inclus. De simples rallies touristiques et de détente sont toutefois assurés.
- e) les Accidents causés par un fait de guerre, une guerre civile, une émeute, une insurrection ou un état de siège. Cette exclusion ne s'applique pas aux Accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des hostilités, à condition que la Belgique n'y soit pas impliquée et que le Bénéficiaire soit surpris par ces événements ;
- f) les Accidents dont la cause déterminante est :
- une réaction nucléaire, la radioactivité ou des radiations ionisantes ; toutefois, les irradiations requises médicalement à la suite d'un

Accident couvert sont assurées ;

- une catastrophe naturelle, à l'exception de la chute de la foudre qui reste couverte.
- g) la possession et l'utilisation de véhicules aériens, à d'autre titre que celui de passager.
- h) les Accidents causés par des pièces d'artifice, des explosifs, des munitions et des armes de guerre.
- i) les Accidents consécutifs à :
 - la pratique lucrative de sports ;
 - la pratique de sports de combat (à l'exception du judo) ;
 - la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous marine, de la spéléologie, de sports aériens tels que le benji, le parachutisme, le deltaplane et le vol à voile ;
 - la pratique du rafting, du bobsleigh, du puenting et du skeleton ;
 - la pratique du ski de compétition ;
 - l'usage de bateaux à voile ou à moteur à plus de 3 milles des côtes.

36. LITIGE D'ORDRE MÉDICAL

A défaut d'accord ou en cas de doute sur la nature des lésions ou leurs séquelles, le taux d'invalidité sera déterminé par deux médecins, le premier choisi par la victime, le second choisi par Nous.

S'il y a désaccord entre les médecins, ceux-ci en choisirons un troisième qui devra se prononcer sur la nature des lésions et leurs séquelles. La décision de ce médecin sera décisive et irrévocable.

Chaque partie supportera les frais et honoraires du médecin quelle aura désigné et, le cas échéant, la moitié des frais et honoraires du troisième médecin.

Si l'une des parties ne désigne pas de médecin ou si les deux médecins ne s'entendent pas quant au choix d'un troisième médecin, celui-ci sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le Tribunal de Première Instance du domicile de la victime.

ASSURANCE SALAIRE GARANTI

37. DEFINITION DES NOTIONS

Par dérogation aux définitions de notions figurant au point 1 de l'introduction, Nous entendons au terme de la présente assurance par :

Bénéficiaires : Vous en votre qualité d'employeur, lorsque Vous êtes contraint de verser le Salaire garanti à la victime d'un Accident du travail.

38. OBJET ET ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

Cette garantie est facultative et ne s'applique que si elle figure dans les conditions particulières.

La garantie n'existe qu'en faveur des personnes stipulées dans les conditions particulières.

38.1. OBJET DE L'ASSURANCE

En cas d'Accident du travail qui survient à l'un de vos travailleurs, Nous Vous garantissons le remboursement de la rémunération ou du complément de rémunération auquel le Bénéficiaire peut prétendre en vertu de la loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail, ainsi qu'en vertu des conventions collectives qui s'y réfèrent, pour les périodes mentionnées dans les conditions particulières.

38.2. ETENDUE DE LA COUVERTURE

Lorsque l'incapacité de travail est consécutive à un Accident du travail, un Accident sur le chemin du travail, Nous payons la différence entre la rémunération normale de la victime et l'indemnité versée pour la même période par l'assureur contre les Accidents du travail (y compris l'indemnité relative à la rémunération excédent le Plafond légal).

Si cette disposition figure dans les conditions particulières, Nous Vous payerons les cotisations patronales de sécurité sociale dont Vous êtes redevable sur le Salaire garanti assuré, sauf les cotisations spécifiques à certains secteurs.

39. EXCLUSIONS

Nous ne sommes jamais redevables lorsque la Loi du 3 juillet 1978 Vous dispense de verser le Salaire garanti.

Nous ne sommes également pas redevables des Salaires garantis qui découlent d'autre chose que d'un Accident du travail ou d'un Accident sur le chemin du travail.

40. DÉCLARATION DES RÉMUNÉRATIONS

Contrairement au point 57.2.3 des dispositions générales, les rémunérations des ouvriers et des employés doivent être déclarées séparément.

Vous Vous engagez à Nous communiquer tous les renseignements nécessaires à notre décompte de prime moyennant simple demande de notre part. En cas de non coopération, les dispositions prévues au point 57.2.3 seront d'application.

41. SINISTRES

Nous avons le droit de charger un médecin du contrôle médical du travailleur qui est en incapacité de travail et ce, tant que Nous sommes tenus au remboursement du Salaire garanti.

Vous, tout comme votre travailleur, devez mettre tout en œuvre pour permettre ce contrôle médical.

En cas de contestation judiciaire du contrôle médical, Nous Vous défendrons à nos frais devant le tribunal du travail.

GARANTIE FACULTATIVE ASSISTANCE

42. DEFINITIONS DES NOTIONS

Par dérogation aux définitions des notions qui figurent dans l'art. 1, Définitions des notions, de l'Introduction, il faut entendre par :

Rapatriement :

Le retour au Domicile du Bénéficiaire.

Assurance principale:

L'assurance accident de travail contractée par le preneur d'assurance.

Centrale d'assistance:

Le prestataire choisi par l'Assureur pour exécuter les prestations d'assistance dans le cadre de la présente garantie pour son compte.

Validité territoriale:

L'assistance à l'étranger s'applique dans le monde entier, sauf en Belgique.

L'assistance en Belgique s'applique en Belgique.

Preneur d'assurance:

La personne physique ou morale qui a conclu le présent contrat et dont le domicile, pour la personne physique, et le siège, pour la personne morale, est situé en Belgique.

Domicile:

Lieu de domicile du Bénéficiaire, devant se situer en Belgique ou dans un pays limitrophe.

Immobilisation :

Etat causé par une lésion empêchant le retour à l'activité professionnelle.

43. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSURANCE

Cette garantie est facultative et ne s'applique que si elle figure dans les conditions particulières.

Le présent contrat a pour objet l'organisation et la prise en charge des prestations d'assistance en Belgique ou à l'étranger, pour autant que le Bénéficiaire soit domicilié en Belgique.

L'assistance en Belgique n'est acquise qu'en cas d'une Immobilisation ou d'une hospitalisation suite à un Accident survenu en Belgique et couvert par l'Assurance principale. L'assistance à l'étranger n'est acquise que suite à un accident survenu à l'étranger couvert par l'Assurance principale pendant un déplacement professionnel.

44. OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES :

44.1. EN GÉNÉRAL

- a. Tous les secours, les transports et rapatriements sont effectués avec l'accord du Bénéficiaire et sous son contrôle. La responsabilité de la bonne exécution des prestations d'assistance revient uniquement à l'Assureur, lequel a confié cette tâche à la Centrale d'assistance.
- b. Tant en Belgique qu'à l'étranger, le Bénéficiaire doit prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement de ses frais auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance.
- c. Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours après l'Accident ou la fin de l'hospitalisation suite à l'Accident, le Bénéficiaire doit fournir tous les renseignements utiles à la Centrale d'assistance et répondre aux questions qui lui sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des dommages.
- d. Prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter un Accident. Ensuite, prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter l'ampleur du dommage.
- e. Fournir à la Centrale d'assistance les preuves originales des circonstances, des conséquences liées à l'Accident.
- f. Faire constater par un médecin la blessure suite à l'accident.
- g. Prendre les mesures nécessaires pour fournir à la Centrale d'assistance les informations médicales le concernant. Le Bénéficiaire doit permettre aux médecins de la Centrale d'assistance d'avoir accès aux informations médicales et permettre au médecin désigné par la Centrale d'assistance de l'examiner.

44.2. POUR L'ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

En cas d'Accident à l'étranger, le Bénéficiaire doit contacter immédiatement – après avoir reçu les premiers soins d'urgence – la Centrale d'assistance et se conformer à ses instructions : téléphoner au numéro +32 2 773 62 91 (si le contrat est labellisé – Belfius) ou au numéro + 32 2 773 62 60 (si le contrat est labellisé – AP Assurances) ou transmettre son message par fax au numéro +32 2 290 61 01.

Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation que si l'accord préalable a été demandé à la Centrale d'assistance et si la Centrale d'assistance a donné sa permission.

44.3. POUR L'ASSISTANCE EN BELGIQUE

- a. La demande d'assistance doit être déposée par le Bénéficiaire dans un délai de 30 jours à compter de l'Accident ou la fin de l'hospitalisation suite à cet Accident.
- b. En cas d'Accident en Belgique, le Bénéficiaire doit contacter la Centrale d'assistance et se conformer à ses instructions : téléphoner au numéro +32 2 773 62 91 (si le contrat est labellisé – Belfius) ou au numéro + 32 2 773 62 60 (si le contrat est labellisé – AP Assurances)
- c. Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation qu'à condition d'avoir reçu l'accord préalable de la Centrale d'assistance.
- d. Le Bénéficiaire s'engage à respecter les engagements convenus avec la Centrale d'assistance pour l'organisation de l'assistance.

44.4. SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DES OBLIGATIONS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le Bénéficiaire manque à l'une de ses obligations et qu'un

lien causal existe entre le non respect des obligations et le sinistre, la Centrale d'assistance peut décliner son intervention. Toutefois, la Centrale d'assistance ou l'Assureur ne peut réduire sa prestation qu'à concurrence du préjudice subi. Toute intention frauduleuse, omission intentionnelle ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

45. ASSISTANCE EN BELGIQUE APRES UN ACCIDENT DE TRAVAIL (PENDANT UNE IMMOBILISATION ET PENDANT OU APRES UNE HOSPITALISATION)

La Centrale d'assistance offre l'assistance décrite ci-dessous en Belgique pendant une immobilisation et pendant et après une hospitalisation suite à un Accident couvert par l'Assurance principale.

La demande d'accès aux services doit se faire au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'Accident, le premier jour de l'immobilisation suite à cet Accident ou la fin de l'hospitalisation suite à cet Accident. Ces services ne seront octroyés que dans ce délai maximum de 30 jours. Ce délai de 30 jours n'est pas d'application pour la réintégration professionnelle visée ci-dessous..

a) Admission à l'hôpital

Si l'hospitalisation suite à l'Accident a été prescrite par un médecin, la Centrale d'assistance organise et prend en charge sur demande du Bénéficiaire:

o Le transport du Bénéficiaire et le transport de son conjoint et ainsi que de ses enfants dans un hôpital en Belgique proche du Domicile du Bénéficiaire ainsi que le retour au Domicile (remboursement maximum de 750 € par an et maximum 5 déplacements aller-retour par an).

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de tout autre organisme d'assurance auquel le Bénéficiaire serait affilié.

o La transmission d'information concernant le lieu d'hospitalisation du Bénéficiaire à la famille ou à une personne préalablement désignée par le Bénéficiaire.

b) Lors d'une hospitalisation suite à un Accident ou lors d'une Immobilisation après cet Accident

Si aucun proche n'est disponible :

A) Assistances garanties une fois par an

Le Bénéficiaire bénéficie des 2 prestations suivantes (1 fois / an):

o La livraison de médicaments en urgence:

La Centrale d'assistance organise, la recherche, l'achat sous réserve de disponibilité et la livraison au Domicile des médicaments urgents prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire. La Centrale d'assistance fait l'avance du coût de ces médicaments si nécessaire, mais le Bénéficiaire devra les rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Et

o Aide à la recherche d'une infirmière:

La Centrale d'assistance communique le numéro de téléphone d'une infirmière proche du Domicile. Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires de l'infirmière restent à charge du Bénéficiaire.

Et

Le Bénéficiaire a le choix de bénéficier, d'une des prestations suivantes (1 fois / an):

o La présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire:

La Centrale d'assistance organise et prend en charge le trajet aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en Belgique désignée par le Bénéficiaire pour l'assister à son chevet.

Ou

o La présence d'un proche au Domicile du Bénéficiaire:

La Centrale d'assistance organise et prend en charge le trajet aller et retour d'un proche ou d'une personne résidant en Belgique désignée par le Bénéficiaire pour s'occuper de ses enfants ou de ses petits-enfants de moins de 15 ans à sa charge.

Ou

o Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche:

La Centrale d'assistance organise et prend en charge le trajet aller et retour chez un proche, résidant en Belgique, désigné par le Bénéficiaire, avec, si nécessaire, l'accompagnement des enfants.

B) Assistances garanties pendant 5 fois 4 heures par an au total, avec un maximum de 20h/an:

Le Bénéficiaire a le choix parmi les prestations suivantes:

o La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge de moins de 15 ans:

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) et maximum 9 (neuf) heures par jour incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission consiste à garder l'enfant du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche,

à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.

o La garde des animaux de compagnie (chiens et chats à l'exclusion d'autres animaux) :

La Centrale d'assistance organise et prend en charge soit la garde à l'extérieur, frais de nourriture compris, soit le transport des animaux vers un proche désigné par le Bénéficiaire, résidant en Belgique. Les animaux en question doivent avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

o L'aide ménagère à Domicile:

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

o Réintégration professionnelle

La Centrale d'assistance organise et prend en charge l'accompagnement du Bénéficiaire durant deux sessions de 4 heures lors d'une incapacité de travail ininterrompue de minimum 3 mois suite à un Accident, maximum une fois par an. Après la reprise du travail, l'accompagnement du Bénéficiaire est conclu par trois appels téléphoniques de suivi.

46. ASSISTANCE A L'ETRANGER

La Centrale d'assistance offre l'assistance décrite ci-dessous au Bénéficiaire à l'étranger pendant un déplacement professionnel.

a) Information pratique

La Centrale d'assistance organise tous les contacts médicaux nécessaires et délivre les renseignements pratiques (hôpital, médecins, pharmacies, etc.).

b) Transport local urgent à l'étranger :

La Centrale d'assistance intervient pour le transport local à l'étranger, vers le médecin le plus proche ou vers l'hôpital le plus proche afin de recevoir les premiers soins. Le transport local à l'étranger est illimité si celui-ci se fait par taxi ou ambulance.

c) L'état de santé du Bénéficiaire en voyage, suite à l'Accident, nécessite un transport ou un rapatriement:

La Centrale organise et indemnise le transport ou le rapatriement depuis l'hôpital où le Bénéficiaire est immobilisé vers son Domicile, vers l'hôpital le plus proche de son Domicile ou vers l'hôpital qui est le mieux adapté pour poursuivre le traitement. Le transport ou le rapatriement se fait par avion sanitaire, par avion en classe économique, par véhicule d'ambulance, ou par tout autre moyen de transport approprié. Le rapatriement sera fait sous surveillance médicale si l'état de santé du Bénéficiaire le requiert. La décision du mode de transport lors du rapatriement, et de sa manière, le choix du moyen de transport, le choix de l'hôpital appartiennent exclusivement au service médical de la Centrale d'assistance, après concertation avec le médecin traitant local, en ne prenant en considération que l'état de santé du Bénéficiaire.

La Centrale organise et indemnise le retour du Bénéficiaire vers sa destination ou celui d'un remplaçant professionnel, afin de poursuivre la mission du Bénéficiaire. Le retour doit avoir lieu dans le mois suivant le rapatriement.

d) Le Bénéficiaire en voyage doit être hospitalisé pendant plus de 3 jours suite à un Accident:

- la Centrale d'assistance organise et indemnise le transport aller et retour, depuis le pays de son Domicile, d'une personne désignée par le Bénéficiaire ou d'un membre de sa famille, afin de se rendre à son chevet à l'hôpital;
- la Centrale d'assistance indemnise les frais d'hôtel jusqu'à 250 EUR pour cette personne.

e) Décès à l'étranger d'un Bénéficiaire:

1. Si l'inhumation ou la crémation a lieu en Belgique, la Centrale d'Assistance prend à sa charge :

- L'indemnisation du rapatriement de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation dans le pays du Domicile du Bénéficiaire ne pourra avoir lieu qu'après demande d'indemnisation du rapatriement auprès de l'organisme Assureur Accident du Travail. Cette indemnisation comprend également le cercueil de zinc, l'embaumement et les frais de douane.
- L'indemnisation du traitement post-mortem et la mise en bière. L'indemnisation du cercueil jusqu'à 620 EUR/Bénéficiaire. En aucun cas, les frais de cérémonie funéraire et d'inhumation ne sont pris en charge par la Centrale d'assistance.

2. Si l'inhumation ou la crémation a lieu à l'étranger, la Centrale d'Assistance prend à sa charge :

- Les frais de traitement post-mortem et de mise en bière.
- Les frais de cercueil à concurrence de 620 EUR.
- Les frais de transport sur place de la dépouille mortelle.
- Les frais d'inhumation ou d'incinération, à l'exclusion des frais de cérémonie.
- Les frais de rapatriement de l'urne.
- Les frais de transport d'un membre de la famille

L'ensemble des frais à charge de la Centrale d'assistance ne peut excéder ceux qu'elle aurait engagés pour rapatrier la dépouille mortelle au pays du Domicile du Bénéficiaire.

f) Les médicaments ou prothèses du Bénéficiaire sont perdus, cassés, ou volés, à l'étranger:

La Centrale d'Assistance organise leur remplacement et l'indemnisation de leur envoi. Ceci à condition qu'ils soient indispensables, que des alternatives équivalentes ne soient pas disponibles sur place à l'étranger, et qu'ils aient été prescrits par un médecin. Les médicaments et prothèses doivent être reconnus par la sécurité sociale belge. Néanmoins, le Bénéficiaire doit obtenir l'accord préalable du service médical de la Centrale d'assistance et l'intervention peut être refusée si elle est en contradiction avec la législation locale. Le prix d'achat de ces objets doit être remboursé à la Centrale d'assistance dans les 30 jours suivant leur paiement.

g) Le Bénéficiaire encoure à l'étranger de graves problèmes pour comprendre la langue:

Dans le cadre d'une assistance assurée par ce contrat, La Centrale d'assistance aide le Bénéficiaire dans la mesure de ses moyens. Si dans le cadre des services prestés, appel doit être fait à un traducteur, la Centrale d'assistance prend les frais en charge jusqu'à 125 EUR.

h) Le Bénéficiaire désire transmettre un message urgent:

Si le Bénéficiaire désire transmettre depuis l'étranger un message urgent à sa famille ou à des personnes de son entourage immédiat dans le pays de son Domicile, la Centrale d'assistance fait le nécessaire pour transmettre ce message aux personnes concernées.

47. EXCLUSIONS:

47.1 Exclusions relatives à la garantie Assistance en Belgique

Sont exclus de la garantie en Belgique: Toute demande d'assistance liée à un Accident non couvert dans le cadre de l'assurance principale.

47.2 Exclusions relatives à la garantie Assistance à l'étranger:

Sont exclus de la garantie Assistance à l'étranger:

- Tous sinistres existants avant ou au moment de la prise d'effet de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
- Toutes circonstances connues ou présentes lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, par lesquelles le sinistre pouvait raisonnablement être attendu.
- Tous les Accidents existants lors de l'entrée en vigueur de la garantie concernée ou au moment du départ en voyage, et leurs conséquences.
- Demande d'assistance liée à une hospitalisation ou un Accident engendrés par des troubles psychiques, psychosomatiques ou nerveux.
- Usage abusif de médicaments, l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'excitants, l'ivresse ou l'alcoolisme.
- Demande d'assistance liée à des voyages aériens, sauf en tant que passager payant d'un appareil agréé pour le transport public de voyageurs.
- Demande d'assistance liée à la participation à des paris, crimes ou rixes, sauf en cas de légitime défense.
- Les grèves, les décisions des autorités, la limitation de la libre circulation, les rayonnements radioactifs ou le non-respect volontaire des dispositions légales ou officielles.
- Les guerres, les guerres civiles, les insurrections, les révolutions ou les émeutes; sauf à l'étranger, si le sinistre a lieu endéans les 14 jours à dater du début de cet événement dans le pays où le Bénéficiaire séjourne, et que cet événement l'a surpris.

- j. Les retards ou le non-respect de services convenus, en cas de force majeure, d'événements imprévisibles, de grèves, de guerres ou de guerres civiles, de révoltes, d'émeutes, de décisions des autorités, de restriction de la libre circulation, de rayonnement radioactifs, d'explosion, de sabotage, de détournement ou de terrorisme.
- k. Demande d'assistance due à une épidémie et la quarantaine.
- l. La grossesse, sauf en cas de complications évidentes et imprévisibles. Tout sinistre après 26 semaines de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse ou l'accouchement et les interventions qui en découlent; et leurs conséquences.
- m. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans ce contrat.

48. COMMENT S'EFFECTUE LE TRANSPORT OU LE RAPATRIEMENT DE PERSONNES?

Sauf mention contraire, celui-ci se fait par avion en classe économique, ou par train en première classe si la distance est inférieure à 1.000 km, avec le transport nécessaire des ou vers les aéroports ou gares concernés. La Centrale d'assistance vérifie toujours si les moyens de transport initialement prévus peuvent encore être utilisés lors du rapatriement.

49. SUBROGATION:

L'Assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des indemnités payées, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre des tiers. Si, par le fait du Bénéficiaire, la subrogation ne peut pas produire ses effets, l'Assureur peut réclamer la restitution des indemnités payées au Bénéficiaire dans la mesure du préjudice qu'il a subi.

50. PRESCRIPTION:

Toute action dérivant de cette garantie est prescrite après trois ans à dater de l'événement qui donne ouverture à l'action.

51. CORRESPONDANCES:

Toute communication ou notification concernant la gestion de votre police doit être adressée à Les AP Assurances, Place Charles Rogier, 11 B-1210 Bruxelles.

Toute déclaration de sinistre doit être adressée au n° d'appel mentionné à l'article 44.2. et 44.3. de cette garantie.

Toute communication ou notification qui est destinée au Bénéficiaire sera envoyée à l'adresse communiquée ultérieurement par le Bénéficiaire.

52. RÈGLES JURIDIQUES - POUVOIR JURIDIQUE:

Ce contrat est régi par les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières et la législation belge.

Les tribunaux belges sont seuls compétents pour connaître des litiges nés ou à naître du présent contrat.

53. L'ASSISTANCE NON GARANTIE:

Si votre sinistre n'est pas garanti par ce contrat, la Centrale d'assistance peut vous aider par souci humanitaire et sous certaines conditions. Dans ce cas, tous les frais doivent être payés intégralement à la Centrale d'assistance avant l'organisation de l'assistance.

54. DEBUT, DUREE ET FIN DES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Le contrat d'assurance assistance lié à l'assurance principale prend effet à la date indiquée dans les Conditions Particulières. Le présent contrat entre en vigueur à la seule condition que les Conditions Particulières de l'assurance principale aient été signées par le Preneur d'assurance et l'Assureur.

Les obligations de l'Assureur prennent fin:

- à l'expiration de l'Assurance principale

- lorsque la garantie accident de travail prend fin conformément aux Conditions Générales et Particulières de l'Assurance principale

- lorsqu'il y a dépassement du délai de maximum 30 jours à compter de l'Accident, du premier jour de l'immobilisation suite à cet Accident ou de la fin de l'hospitalisation suite à cet Accident. Ce délai de 30 jours n'est pas d'application pour la réintégration professionnelle.

ACCIDENTS DU TRAVAIL :

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

DISPOSITIONS GENERALES

55. ETENDUE DE LA COUVERTURE

55.1. RISQUE ASSURÉ

Cette assurance se limite au risque qui découle de l'activité décrite dans les conditions particulières qui ont été rédigées sur base de vos déclarations.

55.2. OBLIGATION DE DÉCLARATION

A la conclusion du contrat, vous êtes tenu de nous déclarer toutes les circonstances dont vous pouvez raisonnablement estimer qu'elles constituent pour nous des éléments d'appréciation du risque.

En cours de contrat, vous êtes tenu de nous déclarer dans les meilleurs délais toute circonstance nouvelle et tout changement susceptibles d'entraîner une modification sensible et durable des éléments d'appréciation du risque.

En cas d'omission ou d'inexactitude involontaires dans la déclaration, nous vous proposerons, dans le délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude du risque ou l'aggravation de celui-ci en cours de contrat, l'adaptation du contrat avec effet :

- en cas d'omission ou inexactitude : au jour où nous en avons eu connaissance;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat : rétroactif au jour de l'aggravation du risque.

Nous pourrions résilier le contrat, dans le même délai d'un mois, si nous apportons la preuve que nous n'aurions jamais assuré un tel risque.

Vous êtes libre d'accepter la proposition d'adaptation du contrat. Si la proposition d'adaptation du contrat d'assurance est refusée par vous ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, nous pouvons résilier le contrat dans les quinze jours.

Si un sinistre se produit avant l'entrée en vigueur de l'adaptation ou de la résiliation du contrat, nous accorderons les prestations convenues à condition que vous ayez respecté scrupuleusement votre obligation de déclaration. Dans le cas contraire, nous pouvons limiter nos prestations au rapport existant entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si nous avions été informés correctement.

Toutefois, si nous pouvons apporter la preuve que nous n'aurions jamais assuré un tel risque, nous pourrions limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la déclaration (de l'aggravation) du risque, l'assurance sera nulle et les primes payées, au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, nous seront acquises.

Lorsque, en cours de contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous accorderons une diminution de la prime à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

Si nous ne parvenons pas à un accord avec vous sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de votre demande de diminution, vous pourriez résilier le contrat.

► Dans le cadre de l'assurance obligatoire contre les Accidents

du travail

Si les déclarations visées au point 55.2 ne sont pas effectuées ou le sont incorrectement et qu'un Accident survient, la non-assurance ne pourra pas être invoquée à l'égard de la victime ou des ses ayants-droits. Toutefois, Nous pourrions exercer notre droit de recours, tel que décrit au point 63.

Cependant, si Vous démontrez que Vous avez omis de bonne foi de signaler les modifications et qu'il n'existe aucun lien causal entre l'aggravation du risque et l'Accident, votre droit à l'assurance ne sera pas déchu et Nous renonçons en outre à tout recours contre Vous, à condition que la surprime éventuellement due soit payée.

► *Dans le cadre des assurances extra-légales*

Si un sinistre se produit avant l'entrée en vigueur de l'adaptation ou de la résiliation du contrat, nous accorderons les prestations convenues à condition que vous ayez respecté scrupuleusement votre obligation de déclaration. Dans le cas contraire, nous pouvons limiter nos prestations au rapport existant entre la prime payée et celle que vous auriez dû payer si nous avions été informés correctement.

Toutefois, si nous pouvons apporter la preuve que nous n'aurions jamais assuré un tel risque, nous pourrions limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes.

En cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelles dans la déclaration (de l'aggravation) du risque, l'assurance sera nulle et les primes payées, au moment où nous avons eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, nous seront acquises.

55.3. DROIT DE VISITE DE L'ENTREPRISE ASSURÉE

Nous avons le droit de visiter l'entreprise assurée afin d'examiner tous les facteurs pouvant influencer le risque, notamment les lieux de travail, le matériel et les conditions d'exploitation.

Nous pouvons Vous demander de Nous fournir une copie du rapport annuel du service de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail portant sur l'évaluation de la fréquence et la gravité des Accidents survenus au cours des trois derniers exercices.

Nous et nos délégués Nous engageons à entretenir la plus totale discrétion.

Lorsque Vous n'avez pas respecté une des obligations découlant de ce point, Nous pouvons résilier le contrat, conformément au point 56.4.

55.4. ETENDUE TERRITORIALE

La garantie est valable dans le monde entier pour autant que :

- concernant la couverture obligatoire Accidents du travail et la couverture Excédent : au moment de l'Accident, la législation belge soit ou reste d'application conformément aux conventions internationales en vigueur au moment de l'Accident.
- concernant la couverture Salaire garanti : les travailleurs pour lesquels le Salaire garanti est dû relèvent des sièges d'exploitation de votre entreprise sise en Belgique.

La couverture ne s'appliquera aux travailleurs occupés à l'étranger que si la législation belge relative à la sécurité sociale leur reste applicable.

Le contrôle médical s'effectue exclusivement en Belgique.

- concernant les autres garanties : au moment de l'Accident, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit ait son lieu de résidence habituel en Belgique.

56. DEBUT, DUREE ET FIN DU CONTRAT

56.1. DATE D'EFFET DU CONTRAT

L'assurance prend cours aux date et heure mentionnées dans les conditions particulières.

La couverture ne peut en aucun cas être accordée avec effet rétroactif.

56.2. DURÉE DU CONTRAT

56.2.1. PRINCIPE

Le présent contrat est conclu pour une durée maximale d'un an (en plus de la fraction d'année immédiatement postérieure à la date de la prise d'effet).

A l'expiration du contrat, celui-ci se renouvelle tacitement par périodes successives d'un an, sauf si l'une des parties le résilie par

lettre recommandée au moins trois mois avant la fin du terme d'assurance en cours.

56.2.2. EXCEPTION : CONTRAT DE 3 ANS

Si les conditions particulières le stipulent expressément et que les conditions imposées légalement ont été respectées, la durée du contrat peut être de trois ans.

Dans cette hypothèse, la reconduction tacite visée au point 57.2.1 se fait par période successives de trois ans, sauf disposition contraire dans les conditions particulières.

56.3. NON-OCCUPATION DE PERSONNEL

Lorsque Vous n'occupez plus de personnel assujetti à la Loi, Vous devez Nous en informer par écrit dans les plus brefs délais, en mentionnant la date à laquelle il a été mis fin à l'occupation dudit personnel.

Sauf convention contraire, Nous résilierons dès lors le présent contrat. Cette résiliation prendra effet au plus tôt à la date à laquelle Vous n'occupez plus de personnel.

Toutefois, si Vous engagez à nouveau du personnel assujetti avant l'expiration de la période d'assurance qui restait à courir à compter de la date de résiliation, Vous devrez conclure avec Nous, à l'exclusion de toute autre assureur, un nouveau contrat pour une période au moins égale à la période qui restait à courir.

Les travailleurs assujettis qui auront commencé à travailler pour Vous avant la date de conclusion du nouveau contrat prévu à l'alinéa précédent ne seront couverts qu'à partir de la date où Vous Nous aurez fait part de leur engagement, sans effet rétroactif.

56.4. FIN DU CONTRAT

56.4.1. CESSATION DE PLEIN DROIT

L'assurance obligatoire contre les Accidents du travail prend fin de plein droit à la date à laquelle Nous ne sommes plus agréés pour assurer les Accidents du travail.

Le contrat prend également fin de plein droit à la date de cessation définitive des activités de l'entreprise.

56.4.2. MODE DE RÉSILIATION

La résiliation du contrat est signifiée par exploit d'huissier, par pli recommandé ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sauf dans les cas visés aux articles 56.2.1, 57.2.3. et 58, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à dater du lendemain de sa notification, de la date du récépissé ou du dépôt du pli recommandé à la poste.

La résiliation du contrat après une déclaration de sinistre conformément aux articles 56.4.3.3° et 56.4.4.3°, prend effet à l'expiration d'un délai d'au moins trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

Lorsqu'un assuré a manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper l'assureur, ce dernier peut, en tout temps, résilier le contrat d'assurance dès qu'il a déposé plainte, avec constitution de partie civile, contre une de ces personnes devant un juge d'instruction ou l'a citée devant la juridiction de jugement sur la base des articles 193, 196, 197, 496 ou 510 à 520 du Code pénal. La résiliation prend effet au plus tôt un mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé. L'assureur est tenu de réparer le dommage résultant de cette résiliation s'il s'est désisté de son action ou si l'action publique a abouti à un non-lieu ou à un acquittement.

La résiliation du contrat à notre initiative après une déclaration de sinistre, prend effet au moment de sa notification, si un assuré n'a pas respecté, dans une intention frauduleuse, une de ses obligations issues du sinistre.

Nous rembourserons la portion de prime se rapportant à la période qui suit la date d'effet de la résiliation.

56.4.3. RÉSILIATION PAR LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

Nous pouvons résilier le contrat:

1° à la fin de chaque période d'assurance, conformément au point 56.2. Cette résiliation est notifiée au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat;

2° lorsque Vous ne payez pas vos primes ;

3° après toute déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après l'indemnisation ou le refus d'indemnisation;

4° en cas de résiliation à votre initiative d'une ou plusieurs garanties ;

5° au plus tôt 3 mois après la déclaration de votre faillite ou déconfiture ;

6° à la suite de votre décès, mais au plus tard 3 mois après que Nous en ayons été informés ;

7° dans les 3 mois qui suivent la cession de votre entreprise ou la modification de son statut juridique;

8° en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues au point 55.2 ;

9° en cas d'aggravation sensible et durable du risque, selon les conditions prévues au point 55.2 ;

10° en cas de non-occupation de personnel, comme prévu au point 56.3;

11° en cas de défaut grave de prévention tel que décrit au point 59.3 ;

12° dans tous les cas où Nous pouvons exercer un des recours défini au point 63 ;

13° en cas de modification fondamentale du risque assuré, tel que défini au point 55.2 ;

Dans tous les cas visés ci-dessus, à l'exception des points 2°, 3° et 7°, Nous restons tenus de la garantie du présent contrat jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois prenant cours le lendemain du jour du dépôt à la poste de la lettre recommandée Vous notifiant la résiliation du contrat.

Dans le cas visé au point 2° ci-dessus, la résiliation prendra effet conformément aux règles prévues au point 58.2 « Non-paiement de la prime » ci-dessous.

Dans le cas visé au point 3° ci-dessus, la résiliation sera notifiée au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité ou le refus d'indemnisation.

La résiliation de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail » n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours.

Cependant, s'il reste moins de trois mois entre la signification de la résiliation par lettre recommandée et l'expiration de l'année d'assurance en cours, la résiliation ne pourra avoir d'effet que minimum trois mois après cette signification.

Dans le cas visé au point 7° ci-dessus, la résiliation ne prendra effet qu'à l'expiration d'un délai de 45 jours, à dater de l'envoi d'une lettre recommandée Nous signalant ce nouvel état de fait. Durant cette période de couverture, Nous conservons notre droit aux primes échues.

Les primes ou cotisations payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation Vous seront remboursées, hormis le cas de fraude.

56.4.4. RÉSILIATION PAR VOUS

Vous pouvez uniquement résilier le contrat :

1° à la fin de chaque période d'assurance, conformément au point 55.2.;

2° lorsque Nous résilions une ou plusieurs garanties ;

3° après toute déclaration de sinistre. Cette résiliation doit nous être notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement de l'indemnité.

Cette faculté de résiliation n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans, conclu avec des entreprises dont la moyenne annuelle de l'effectif du personnel est supérieure à cent ou qui font assurer un volume salarial de plus de cent fois la rémunération annuelle de base.

La résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre recommandée à la poste.

4° en cas de modification du tarif ou des conditions d'assurance;

56.4.5. RÉSILIATION PAR UNE AUTRE PERSONNE

Décès : Les nouveaux titulaires peuvent résilier le contrat, par lettre recommandée, dans les 3 mois et 40 jours qui suivent votre décès;

Faillite : Si Vous êtes déclaré en faillite, le curateur peut résilier le contrat dans les 3 mois qui suivent la déclaration de faillite.

Autre : Vous et vos héritiers Vous engagez à faire poursuivre le contrat par vos successeurs en cas de maintien de l'activité avec changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que votre faillite ou votre décès.

En cas de manquement à cette obligation, Nous Nous réservons le droit de Vous réclamer, outre les primes échues, une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle. Le contrat prendra dès lors fin à la date du changement ou de la reprise de l'entreprise.

57. PRIME ET PAIEMENT DE LA PRIME

57.1. QUAND PAYER?

La prime est payable par anticipation et exigible à l'échéance, contre quittance.

La prime est quérable. L'envoi d'une demande écrite de paiement est assimilé à la présentation de la quittance à votre domicile ou siège social.

Toutes les primes sont payables dans les 30 jours, à dater de la présentation de la quittance.

Le paiement de la prime ou cotisation fait à l'intermédiaire d'assurance porteur de la quittance que Nous avons établie est libératoire si cette prime ne doit pas Nous être payée directement en vertu de cette quittance.

La prime sera alors considérée comme payée soit à la date de délivrance de la quittance, soit à celle à laquelle l'un de nos comptes financiers ou celui de l'un de nos producteurs mandatés aura été crédité.

La prime peut être payée annuellement ou périodiquement. Si vous optez pour des paiements de primes périodiques sans domiciliation, les frais de fractionnement suivants seront d'application, sauf si stipulé autrement dans les Conditions Particulières :

- Paiement semestriel : 2%
- Paiement trimestriel : 3%

57.2. CALCUL DE LA PRIME

57.2.1. PRINCIPE

La prime peut être forfaitaire ou faire l'objet d'un décompte à terme échu.

57.2.2. PRIME FORFAITAIRE

La prime forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat. Elle peut varier dans la même proportion que le Plafond de la rémunération de base fixée conformément à la Loi. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée dans les conditions particulières.

57.2.3. PRIME AVEC DÉCOMPTÉ À TERME ÉCHU

► Définition de la rémunération

Par rémunération des Bénéficiaires, on désigne la rémunération annuelle brute sans aucune retenue, et comprenant tous les avantages qui, selon la Loi, sont à prendre en considération pour déterminer la rémunération.

En ce qui concerne les sommes attribuées aux ouvriers à titre de pécule de vacances, celles-ci sont substituées au pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles. Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes consécutives du salaire mais que Vous ne payez pas directement sont, le cas échéant, ajoutées sous forme de pourcentage.

La rémunération ne peut pas être inférieure au revenu minimum mensuel moyen garanti ou à la rémunération fixée par la convention conclue au sein de l'entreprise ou par la convention collective conclue au Conseil National du Travail, en commission ou sous-commission paritaire ou au sein de tout autre organe paritaire, rendue obligatoire ou non par un arrêté royal.

Pour les stagiaires effectuant un travail non rémunéré et pour les apprentis, la rémunération doit être au moins égale à la rémunération moyenne des travailleurs majeurs de la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiendront à la fin de leur période d'apprentissage ou à leur majorité.

Pour les personnes rétribuées par des pourboires, la rémunération doit être au moins égale aux rémunérations forfaitaires prises en considération par le Ministère des Affaires Sociales pour le calcul des cotisations à la Sécurité Sociale.

Pour tous les travailleurs réunis et pour chaque nouvelle année d'assurance, est prise en considération une rémunération minimum égale à 25% du Plafond légal de l'année en cours.

La rémunération annuelle de chaque travailleur prise en considération dans le calcul des primes de l'assurance obligatoire contre les Accidents du travail, ne l'est qu'à raison du Plafond légal.

► **Calcul de la prime**

La prime se calcule en fonction de la rémunération des Bénéficiaires, en multipliant le montant de la rémunération qui correspond à chacun des risques de l'entreprise, par le taux de prime qui s'y applique et qui se trouve dans les conditions particulières.

► **Prime provisoire**

Lors de la prise d'effet du contrat et à chaque échéance de prime, comme défini dans les conditions particulières, Vous pouvez être tenu de payer une prime provisionnelle.

Le montant de cette prime figure dans les conditions particulières et est déterminé en fonction de la prime définitive présumée.

Pour la première année d'assurance ou lorsque l'entreprise vient d'être créée, la prime provisionnelle est fixée d'un commun accord.

Aux échéances annuelles suivantes, la prime provisionnelle est adaptée selon la dernière prime définitive connue.

La prime provisionnelle est affectée au paiement de la totalité ou d'une partie de la prime définitive qui se calcule à la fin de l'année d'assurance.

► **Déclaration des rémunérations et calcul de la prime définitive**

A la fin de l'année d'assurance, Vous ou votre mandataire Nous communiquez les rémunérations de l'entreprise, ventilées selon la partie inférieure et supérieure au salaire maximum de base, d'application dans la Loi (Plafond légal).

Cette obligation est considérée comme accomplie par la déclaration électronique multifonctionnelle, dite DMFA, faite trimestriellement par l'employeur ou son mandataire au réseau de la sécurité sociale. La donnée « Activité par rapport au risque » de cette DMFA doit obligatoirement être complétée dans le cas où plusieurs taux de primes

« Ouvriers » et/ou plusieurs taux de primes « Employés » sont repris au contrat et ce, selon les conditions et la fréquence définies dans le glossaire DMFA.

Nous Nous réservons néanmoins le droit d'envoyer, annuellement ou à l'expiration d'un délai plus court fixé dans les conditions particulières, un état de salaire, à Vous ou à votre mandataire. Dans ce cas, Vous devrez Nous renvoyer cet état de salaire dans les 2 mois qui suivent la fin de chaque période d'assurance.

Sur base de ces déclarations, Nous calculons la prime définitive et établissons le décompte, sous déduction de la prime provisionnelle déjà reçue.

► **Défaut dans la déclaration des rémunérations**

Si Nous Vous demandons de Nous communiquer des rémunérations et qu'elles ne le sont pas en temps opportun, Nous avons le droit d'établir la prime définitive sur base de 150% des montants qui ont servi de référence au calcul de la dernière prime définitive ou provisionnelle.

Ce décompte de la prime ne Vous décharge pas de votre obligation de déclaration des rémunérations.

Nous conservons le droit de Vous réclamer la déclaration des rémunérations et d'obtenir le décompte sur base des rémunérations à déclarer.

► **Contrôle de la déclaration des rémunérations**

Nous pouvons procéder à une inspection de votre entreprise, vérifier vos déclarations et même Nous substituer à Vous pour établir la déclaration des rémunérations.

Nous et nos délégués pouvons, à cette fin, disposer de tous les documents qui doivent être produits au contrôle social ou fiscal. Après la fin du contrat Nous conservons ce droit durant 3 ans.

Vous devez garder ces documents pendant au moins 3 ans en vue de justifier les rémunérations déclarées.

Si Vous ne respectez pas ces obligations, Nous pouvons résilier le contrat.

Nous et nos délégués Nous engageons à la plus totale discrétion.

Si la déclaration des rémunérations comporte des inexactitudes, Nous disposons à votre encontre d'un recours.

► **Non-paiement de la prime**

A défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pourrions suspendre la garantie d'assurance ou résilier le contrat, après vous avoir mis en demeure par exploit de huissier ou par lettre recommandée.

La suspension ou la résiliation prendra effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à dater du lendemain de la signification ou du dépôt du pli recommandé à la poste.

Cette mise en demeure ne porte pas préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu dans la période précédant la suspension ou la résiliation.

La suspension de la garantie prendra fin dès que vous aurez payé les primes échues.

Si nous n'avons pas notifié la résiliation du contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle mise en demeure faite conformément aux deux premiers alinéas.

La suspension de la garantie ne porte pas préjudice à notre droit de réclamer les primes à échoir ultérieurement, à condition que vous ayez été mis en demeure de payer conformément au premier alinéa.

Notre droit se limite toutefois aux primes de deux années consécutives.

57.3. IMPÔTS ET FRAIS

Tous les frais, impôts et prélèvements, sous quelque dénomination que ce soit, qui sont dus en vertu du présent contrat, sont à votre charge.

58. MODIFICATION DE TARIF OU DES CONDITIONS D'ASSURANCE

Lorsque nous modifions le tarif et pour autant que nous vous ayons notifié cette adaptation:

- par lettre ordinaire au moins 4 mois avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 3 mois avant l'échéance principale annuelle.
- sur l'avis d'échéance ou par lettre ordinaire moins de 4 mois avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 3 mois après la notification de l'adaptation.
 - Lorsque nous modifions les conditions générales et le tarif et pour autant que nous vous ayons notifié cette adaptation au moins 90 jours avant l'échéance principale annuelle, vous pouvez résilier ce contrat au plus tard 30 jours après la notification de l'adaptation.
 - Lorsque vous faites usage de votre faculté de résiliation, le contrat prendra fin 30 jours après votre demande écrite mais au plus tôt à l'échéance principale à laquelle les modifications auraient dû entrer en vigueur.
 - Vous ne bénéficiez toutefois pas de cette faculté de résiliation lorsque la modification des conditions d'assurance et/ou du tarif résulte d'une adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

59. SINISTRES

59.1. DÉCLARATION

Vous êtes tenu :

- de Nous informer par écrit ou par voie électronique de tout Accident auquel la garantie du présent contrat pourrait s'appliquer. Vous devez le faire immédiatement et au plus tard dans les huit jours ouvrables à dater du jour qui suit celui de la survenance de l'Accident, dans les délais et sous la forme prescrits par la Loi ;
- de Nous informer immédiatement, par téléphone ou par télécopie ou par e-mail, de tout Accident mortel ;
- de Nous adresser dès réception et, si possible, en même temps que la déclaration, un certificat médical. En cas de déclaration d'Accident électronique « DRS AT » effectué via le réseau de la sécurité sociale, ce certificat médical mentionnera obligatoirement, à titre de référence pour Nous, le numéro de ticket attribué par l'extranet à ladite « DRS AT ».

Nous mettons à votre disposition les formulaires à utiliser.

Vous devez Nous fournir sans retard tous les renseignements utiles et répondre aux demandes qui Vous sont faites visant à déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

Vous êtes tenu d'admettre dans votre entreprise nos délégués chargés d'enquêter sur les circonstances des Accidents et de leur permettre à cette fin, notamment, d'interroger tout membre du personnel. Ce droit peut être exercé même après la cessation du contrat d'assurance.

Si Vous ne remplissez pas une des obligations précitées et que Nous en subissons un préjudice, Nous pouvons exercer contre Vous une action en remboursement de notre prestation à concurrence du préjudice subi.

Toute déclaration de sinistre intentionnellement inexacte Nous confère un droit de recours, tel que décrit au point 48, lorsqu'il existe un lien causal entre l'Accident et la déclaration erronée ou incomplète.

59.2. PROCÉDURE

Nous sommes les seuls à pouvoir gérer les sinistres ainsi que les contestations relatives aux Accidents.

Vous, ainsi que les Bénéficiaires, ne pouvez pas reconnaître votre responsabilité, transiger, payer ou promettre de payer une indemnité ni abandonner votre droit de recours, tant à l'égard des Bénéficiaires qu'à l'égard du(des) tiers responsable(s) du sinistre.

Le fait de dispenser les premiers soins ou la simple reconnaissance des faits ne sont pas considérés comme une reconnaissance de responsabilité.

Vous ne pouvez transiger avec le tiers responsable du sinistre que si Nous Vous y avons autorisé au préalable. A défaut de cette autorisation, tous actes, démarches ou transactions que Vous effectuez Nous sont inopposables.

Toute assignation et, en général, tout acte judiciaire ou extra-judiciaire ayant trait à l'Accident doit Nous être transmis dans les 7 jours ouvrables de sa réception.

Vous êtes tenu de Nous informer au préalable des actions devant un juge pénal. Cependant, Nous ne sommes obligés ni de suivre ces actions, ni de prendre en charge les peines ou les frais qui pourraient en découler.

Nous conservons ces droits même après expiration du présent contrat.

59.3. PRÉVENTION DES ACCIDENTS ET CONTRÔLE

Vous Vous engagez à prendre toutes les mesures adéquates pour prévenir les Accidents du travail. Pour le moins, les dispositions réglementaires et contractuelles concernant la protection, la sécurité et l'hygiène des lieux de travail doivent être rigoureusement respectées.

Nous pouvons visiter votre entreprise afin d'évaluer les mesures de prévention et imposer des mesures contraignantes en matière de prévention.

Lorsque Vous ne Vous conformez pas à ces obligations ou ne respectez pas une de nos mesures contraignantes de prévention, Nous pouvons résilier le contrat en application du point 56.4.3.

60. DÉCHÉANCE DU DROIT A L'ASSURANCE

Lorsque Vous n'avez pas respecté une des obligations découlant des points 55.3, 56.3, 59.1 ou 59.3, Nous ne sommes plus tenus d'accorder notre garantie pour les Accidents se produisant par la suite. La charge de la preuve incombe à nous.

Lorsque Vous n'avez pas respecté une des obligations découlant du contrat, Nous pouvons résilier celui-ci, comme décrit au point 56.4.3.

Dans le cadre de la garantie « Assurance obligatoire contre les Accidents du travail », la déchéance ne porte pas préjudice à nos obligations à l'égard de la victime ou de ses ayants droit.

Dans de tels cas, Nous disposons toutefois d'un droit de recours, tel que défini au point 63, à votre rencontre pour tous les frais et toutes les indemnités se rapportant aux Accidents qui se produisent après la déclaration de déchéance.

61. TERRORISME

Nous couvrons les dommages causés par le terrorisme, selon les modalités et dans les limites prévues par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

Nous sommes membre à cette fin de l'ASBL TRIP. L'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances, membres de cette ASBL, est limitée à 1 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile.

Conformément à la possibilité qui nous est offerte par l'article 10 de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance des dommages causés par le terrorisme, les dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ne sont pas couverts.

62. INDEMNITE D'UNE PERTE DE REVENUS

Lorsque les garanties complémentaires Excédent et/ou Accidents corporels et/ou Vie Privée ont été souscrites, la clause suivante est d'application :

Le contrat dont question a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue, par conséquent, un engagement collectif tel que visé à l'art. 52, 3°, b, 4° tiret du Code des Impôts sur les Revenus 1992 à savoir un engagement qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas de décès ou d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident ou bien d'une maladie professionnelle ou d'une maladie.

63. DROIT DE RECOURS

Dans les cas où le présent contrat prévoit un droit de recours, Nous disposons contre Vous d'un droit d'action en récupération de toutes les indemnités et de tous les frais payés ou tenus en réserve.

64. SUBROGATION

- *Dans le cadre de l'assurance obligatoire contre les Accidents du travail :*

Dans le cas d'un Accident où une tierce personne peut être tenue responsable, Nous Nous réservons le droit d'exercer la faculté de subrogation qui Nous est accordée par la Loi.

- *Dans le cadre des garanties extra-légales :*

En cas d'Accident dont une autre personne peut être rendue responsable, Nous sommes subrogés dans les droits du

Bénéficiaire jusqu'à concurrence de nos dépenses.

Nous exerçons ces droits contre les personnes et dans les conditions définies par la législation en matière de responsabilité civile et de subrogation.

65. COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS

Pour être valables, les communications et notifications qui Nous sont destinées doivent être adressées à notre siège social en Belgique ou à l'adresse indiquée dans le contrat ou communiquée ultérieurement par écrit.

Celles qui Vous sont destinées seront valablement transmises à l'adresse indiquée dans le contrat ou communiquée ultérieurement par écrit.

66. MEDIATION

En cas de plainte, votre premier point de contact est votre conseiller des AP ou votre chargé de relation. Vous pouvez également prendre contact avec le gestionnaire de votre dossier auprès des AP. Ils mettront tout en œuvre pour traiter votre plainte à votre entière satisfaction dans un

délai raisonnable. Si cela s'avère impossible ou si vous ne souhaitez pas signaler votre plainte à votre conseiller, votre chargé de relation ou au gestionnaire de votre dossier auprès des AP, vous pouvez vous adresser au service plaintes des AP, Place Charles Rogier 11, 1210 Bruxelles (ServicePlaintesLAP@lap.be). Si vous n'êtes pas satisfait(e) de la réponse, vous pouvez ensuite vous adresser à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (website: www.ombudsman.as ; e-mail: info@ombudsman.as).

En introduisant une plainte aux AP ou auprès de l'Ombudsman des Assurances, vous préservez votre droit, le cas échéant, de porter le litige devant les tribunaux belges compétents.

67. JURIDICTION ET DROIT APPLICABLE

Tous les litiges relatifs à ce contrat sont exclusivement du ressort des tribunaux belges. La loi belge est applicable au présent contrat d'assurance, qui est plus spécifiquement soumis aux dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

68. PROTECTION DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Information

Belins SA (connue sous la marque et le nom commercial "Les AP") et, le cas échéant, votre intermédiaire d'assurances, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Vos données à caractère personnel relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées aux sociétés liées à Belins SA et à des prestataires de service spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Vous avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même. En outre, vous pouvez demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel vous avez donné votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Droit d'opposition

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée des AP. Cette charte est disponible auprès de votre intermédiaire d'assurances et peut également être consultée sur www.lap.be/chartevieprivee.

