

VIVIUM BUSINESS ACCIDENTS

Conditions générales - VIV 691/12-2019

Garantie légale

Garanties optionnelles

Titre 1 – Garantie légale accidents du travail	4
Article 1 – Objet de la garantie	4
Article 2 – Etendue territoriale	4
Article 3 – Rémunérations pour le calcul de la prime	4
Article 4 – Manquements par le preneur d’assurance aux dispositions de sécurité et d’hygiène	4
Article 5 – Droit de recours	4
Titre 2 – Garanties optionnelles	5
Article 6 – Excédent Loi	5
Article 7 – Salaire garanti	5
Article 8 – Vie privée	5
Article 9 – Vie professionnelle en faveur des non assujettis à l’O.N.S.S.	5
Article 10 – Garantie ‘accidents 24 h/24h’ en faveur des non assujettis à l’O.N.S.S.	5
Titre 3 – Garanties complémentaires, dispositions communes et administratives	6
Chapitre 1 Garanties complémentaires	6
Article 11 – Travaux accessoires.....	6
Article 12 – Travaux pour compte privé.....	6
Article 13 – Nouveaux sièges d’exploitation	6
Article 14 – Abandon de recours.....	6
Chapitre 2 Dispositions communes aux garanties optionnelles	7
Article 15 – Préambule	7
Article 16 – Etendue des garanties	7
Article 17 – Limitations des garanties	9
Article 18 – Modalités de souscription	10
Article 19 – Rémunérations.....	10
Article 20 – Prestations de la compagnie en cas de décès	11
Article 21 – Prestations de la compagnie en cas d’invalidité ou d’incapacité permanente	11
Article 22 – Prestations de la compagnie en cas d’incapacité temporaire.....	12
Article 23 – Prestations de la compagnie en frais de traitement	13
Article 24 – Limitations des prestations de la compagnie.....	13
Article 25 – Subrogation.....	13
Chapitre 3 Dispositions administratives	14
Article 26 – Prise d’effet et durée du contrat	14
Article 27 – Paiement de la prime.....	14
Article 28 – Modification des conditions d’assurances ou tarifaires	14
Article 29 – Modalités de calcul de la prime	14
Article 30 – Non-occupation de personnel	15
Article 31 – Changement de preneur d’assurance.....	15
Article 32 – Obligations d’information du preneur d’assurance	16
Article 33 – Mesures préventives	16
Article 34 – Soins médicaux et autres obligations	16
Article 35 – Obligations du preneur d’assurance et des bénéficiaires en cas de sinistre	16
Article 36 – Résiliation du contrat	17
Article 37 – Dommages par des actes de terrorisme	18
Article 38 – Engagements pris par l’intermédiaire	18
Article 39 – Hiérarchie des dispositions du contrat.....	19
Article 40 – Domicile, communications et notifications.....	19
Article 41 – Jurisdiction compétente.....	19



Loi du 10 04 1971 sur les accidents du travail (extraits)20

Lexique27

VIVIUM BUSINESS ACCIDENTS

TITRE I- GARANTIE LÉGALE ACCIDENTS DU TRAVAIL

La *compagnie* couvre la garantie légale, s'il en est fait mention aux conditions particulières :

Article 1 – Objet de la garantie

En cas d'*accident* survenant aux *assurés* pendant la durée de validité de cette *garantie*, la *compagnie* leur garantit, sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance, toutes les indemnités fixées par la *Loi*. Elle garantit tous les risques de survenance d'*accidents* pour tous les *assurés* et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par le *preneur d'assurance*.

A l'égard du *preneur d'assurance*, la *garantie* est limitée à l'activité décrite aux conditions particulières.

En complément à la présente *garantie légale*, en cas de décès accidentel, le conjoint, le cohabitant et/ou les enfants vivant sous le même toit bénéficieront des mêmes dispositions que celles prévues à l'article 20.5.

Article 2 – Etendue territoriale

La *garantie* est acquise dans le monde entier.

Article 3 – Rémunérations pour le calcul de la prime

Lorsque les *rémunérations* annuelles sont supérieures au *plafond légal*, c'est ce dernier montant qui est pris en considération pour le calcul de la prime.

Article 4 – Manquements par le preneur d'assurance aux dispositions de sécurité et d'hygiène

Ne sont pas garantis à l'égard du *preneur d'assurance* et ouvrent à la *compagnie* le droit de recours prévu à l'article 5, les *accidents* du travail survenus suite à une exposition de l'*assuré* à un danger provenant d'un manquement grave du *preneur d'assurance* aux dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et à l'hygiène au travail, manquement ayant fait l'objet de la part de la *compagnie* ou du fonctionnaire compétent d'une notification spécifique et préalable à son encontre. La *garantie* reste toutefois acquise à l'égard du *preneur d'assurance*, sans préjudice de l'article 48 de la *Loi*, si celui-ci apporte la preuve que l'*accident* est également dû au non respect par l'*assuré* des instructions de sécurité qu'il lui a préalablement notifiées par écrit, alors que les moyens de sécurité nécessaires ont été mis à sa disposition.

Article 5 – Droit de recours

Lorsque la *compagnie* est tenue envers les *assurés* ou les *ayants droit*, elle a, indépendamment de toute autre action qui peut lui appartenir, un droit de recours contre le *preneur d'assurance* dans la mesure où elle aurait pu refuser ou réduire ses prestations d'après la *Loi* du 4 avril 2014 relative aux assurances ou d'après le contrat.

TITRE 2 – GARANTIES OPTIONNELLES

La *compagnie* couvre les garanties optionnelles suivantes, s'il en est fait mention aux conditions particulières:

Article 6 – Excédent Loi

En cas d'*accident* du travail ou sur le chemin du travail au sens de la *Loi*, la garantie est étendue à la partie des *rémunérations* qui excède le *plafond légal*.

Article 7 – Salaire garanti

7.1. Nonobstant les prestations prévues par les autres garanties, la *compagnie* rembourse au *preneur d'assurance*, en cas d'*accident* du travail ou sur le chemin du travail survenant à un *assuré*, les *rémunérations* ou le complément des *rémunérations* auquel les *assurés* peuvent 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.

7.2. S'il en est fait mention aux conditions particulières, la *compagnie* prend en charge les cotisations sociales patronales applicables sur le salaire garanti, à partir du premier eurocent de salaire. Par cotisations patronales, il faut entendre uniquement les cotisations patronales que le *preneur d'assurance* est tenu de verser périodiquement à la sécurité sociale.

7.3. La prime est toutefois calculée sur la totalité des *rémunérations* non plafonnées.

Article 8 – Vie privée

La garantie est acquise en cas d'*accident de la vie privée* survenant aux *assurés*.

La garantie est également étendue en cas d'*accident* survenu aux *assurés* bénéficiant de l'assurance légale, lorsque l'*accident* n'est pas reconnu comme un *accident* du travail au sens de la *Loi* parce que, bien que survenu dans le cours de l'exécution de la convention de travail, il n'est pas survenu par le fait de cette exécution.

La *compagnie* intervient sur base des *rémunérations* réelles ou conventionnelles des *assurés*, mentionnées aux conditions particulières.

Article 9 – Vie professionnelle en faveur des non assujettis à l'O.N.S.S.

La garantie est acquise en cas d'*accident professionnel* survenant aux *assurés* non assujettis à la *Loi*.

La *compagnie* intervient sur base des *rémunérations* conventionnelles des *assurés*, mentionnées aux conditions particulières.

Article 10 – Garantie 'accidents 24h/24h' en faveur des non assujettis à l'O.N.S.S.

La garantie est acquise en cas d'*accident de la vie privée* ou en cas d'*accident professionnel* survenant aux *assurés* non assujettis à la *Loi*.

La *compagnie* intervient sur base des *rémunérations* conventionnelles des *assurés*, mentionnées aux conditions particulières.

TITRE 3 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES, DISPOSITIONS COMMUNES ET ADMINISTRATIVES

CHAPITRE I – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Sauf pour la garantie optionnelle ‘vie privée’, la *compagnie* accorde les garanties complémentaires suivantes:

Article 11 – Travaux accessoires

Les garanties sont acquises pour tous les travaux principaux et accessoires se rattachant à l’activité du *preneur d’assurance* et notamment:

- les travaux de nettoyage, d’entretien et de réparation du matériel, des installations et des immeubles, à l’exclusion des travaux de démolition et de nouvelles constructions;
- l’installation et le démontage du matériel;

- le fonctionnement du mess, des cantines et réfectoires;

- la participation du *preneur d’assurance* à des foires, marchés et/ou expositions, manifestations culturelles y compris les travaux accessoires, préparatoires et subséquents;

- les activités de prévention des sinistres ainsi que les activités de sauvetage, extinction, déblaiement, aménagement et autres à la suite d’incendie, explosion, inondation, tempête et autres événements similaires.

Article 12 – Travaux pour compte privé

Les garanties sont acquises lorsque les *assurés* sont occupés à divers travaux tels que jardinage, nettoyage, entretien, petites réparations, embellissement et/ou agrandissement de biens, pour le compte privé du *preneur d’assurance* ou de ses dirigeants.

Cette extension est accordée pour autant que le *preneur d’assurance* renseigne sur la déclaration annuelle des *rémunérations* celles allouées aux *assurés* pour ces travaux.

Article 13 – Nouveaux sièges d’exploitation

Les garanties sont acquises d’office aux *assurés* occupés dans les nouveaux sièges d’exploitation ouverts par le *preneur d’assurance* en Belgique, pour autant que l’activité qui y est déployée soit identique ou similaire à celle décrite aux conditions particulières.

Le *preneur d’assurance* s’engage à déclarer à la *compagnie* l’existence d’une telle situation au plus tard lors de la déclaration des *rémunérations*.

Article 14 – Abandon de recours

Sans préjudice de l’application de l’article 25, la *compagnie* abandonne, sauf en cas de malveillance, tout recours contre :

14.1. le *preneur d’assurance* et ses dirigeants, responsables d’accidents causés aux *assurés* lors de l’exécution de travaux effectués pour leur compte privé. Toutefois, la *compagnie* exercera un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d’assurance;

14.2. les organismes publics ou d’intérêts publics, tels que les transports publics, les fournisseurs de courant électrique, de gaz et d’eau, les services portuaires ou de navigation, les organisateurs de foires, marchés, expositions, dans la mesure où, en vertu des conventions, le *preneur d’assurance* a été ou serait amené à renoncer lui-même à ces recours;

14.3. les personnes physiques ou morales pour compte de ou avec lesquelles le *preneur d’assurance* serait amené à exécuter des travaux, dans la mesure où, en vertu des conventions, le *preneur d’assurance* a été ou serait amené à renoncer lui-même à ces recours.

CHAPITRE 2 – DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES OPTIONNELLES

Article 15 - Préambule

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les prestations conventionnelles sont calculées comme les indemnités prévues par la *Loi* en vigueur lors de l'*accident*. Le calcul s'effectue sur la base des *rémunérations* ou parties de *rémunérations* ou sur la base de capitaux fixes, selon et dans la mesure des garanties prévues. Les articles 10, 11, 23bis, 33 et 42 de la *Loi* ne sont toutefois jamais d'application.

Sauf pour la garantie décrite à l'article 6, les *assurés* ne peuvent invoquer à leur profit les présomptions instaurées par les articles 7 et 9 de la *Loi*.

Article 16 – Etendue des garanties

Dans le cadre des garanties décrites aux articles 8,9 et 10:

16.1. Par extension, sont assimilés aux *accidents*:

- les luxations, distorsions, claquages et déchirures musculaires provoquées par un effort soudain;
- la noyade involontaire;
- l'hydrocution;
- les piqûres et les morsures d'animaux;
- l'épuisement physique et l'inanition consécutifs à des actes de piraterie, naufrage et inondation;
- les cas de rage, de charbon et de tétanos.

16.2. Sont expressément couverts : les gelures, les coups de chaleur, les coups de soleil et les insolations ainsi que les atteintes à la santé dues aux rayons ultra-violetts consécutifs à un *accident* couvert.

16.3. Les *accidents* résultant de la pratique de sports à titre d'*amateur non rémunéré* sont couverts.

16.4. La garantie est étendue à l'usage, comme passager, de tout appareil volant dûment autorisé pour le transport de personnes, pour autant que les *assurés* ne fassent pas partie de l'équipage ou n'exercent, au cours du vol, aucune activité professionnelle ou autre, en relation avec l'appareil ou le vol.

16.5. La garantie est limitée à 50% des montants *assurés* lors de l'utilisation d'un moyen de locomotion comme conducteur ou passager, comme définit par l'Arrêté Royal du 10 octobre 1974, portant règlement général sur les conditions techniques auxquelles doivent répondre les cyclomoteurs et motocyclettes ainsi que leurs remorques (M.B. 15/11/1974).

16.6. Clauses

Mission à l'étranger – vie privée

L'assurance s'étend aux *accidents* de la 'vie privée' pouvant survenir aux personnes assurées, dans le cadre de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, lorsqu'elles sont en mission à l'étranger.

Les garanties prennent cours à 0 h le jour du départ en mission et s'achèvent au moment du retour de l'*assuré* à son domicile, sa résidence ou son lieu du travail.

Si l'*accident* n'est pas reconnu comme étant un accident du travail, l'indemnisation sera dévolue tout en respectant la définition d'*accident de la 'vie privée'*, son régime probatoire, les exclusions et les déchéances y afférentes, qui sont prévu(e)s dans les conditions générales de l'assurance Collective contre les Accidents corporels « Vie Privée » de la compagnie d'assurances.

Les indemnités sont calculées sur base de la formule « Type-loi » sans application de l'A.R. n° 530, en fonction de la rémunération réelle limitée au *plafond légal* par personne et par an.

En cas d'Invalidité Permanente et de Décès, les rentes sont versées à la victime ou à l'*ayant droit* sous forme de capital non-indexé, suivant le *barème F*, annexe à l'A.R du 21.12.1971.

En cas de décès, l'indemnité sera dévolue aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*. Ce dernier étant la personne qui, au moment de l'*accident de la vie privée*, survenu lors de sa mission à l'étranger, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'*assuré*, soit prouve, par l'inscription dans le registre de la population, qu'elle cohabite avec ce

dernier depuis plus d'un an dans une relation comparable à celle des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

Lesdites indemnités ne sont octroyées qu'après toute intervention légale.

Les indemnités prévues par cette clause ne pourront pas se cumuler avec celles prévues par une couverture contre les *accidents de la 'vie privée'*, souscrite par l'employeur auprès de la compagnie, dont bénéficierait la victime.

b. Partenaire cohabitant – accident du travail

Par *partenaire cohabitant* on entend : la personne qui, au moment de l'accident du travail ou sur le chemin du travail, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'*assuré*, soit prouve par l'inscription dans le registre de la population qu'elle cohabite avec ce dernier depuis plus de 1 an dans une relation comparable à celles des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

En cas de décès, l'indemnité sera calculée sur base de la formule « Type-loi » sans application de l'A.R. n° 530, en fonction de la rémunération réelle limitée au *plafond légal* par personne et par an.

La rente est versée à l'ayant droit sous forme de capital non indexé, suivant le *barème F*, annexe à l'A.R du 21.12.1971.

Lesdites indemnités ne sont octroyées qu'après toute intervention légale.

Prestations autorisées à domicile ou à résidence

La *compagnie* acte que certains préposés (le *travailleur autorisé à prester à domicile ou à résidence*, le *télétravailleur* et le *travailleur à domicile*), assujettis à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, sont autorisés par le *preneur d'assurance*, à prester à domicile ou à résidence, tout en excluant les activités sportives et manuelles.

Pour les éventuels *accidents* qui surviendraient sur le lieu du domicile ou de la résidence des *assurés* lors de l'exercice de l'activité pour compte de l'employeur, mais qui ne sont pas considérés comme accidents du travail, l'indemnisation sera dévolue tout en respectant la notion d'*accident de la vie privée*, son régime probatoire, les exclusions et les déchéances y afférentes, qui sont prévu(e)s dans les conditions générales de l'assurance Collective contre les Accidents corporels « Vie Privée » de la compagnie d'assurances.

Les garanties sont acquises à l'*assuré*, hormis au *télétravailleur*, lors des trajets prévus à l'article 8, §1, alinéa 2, 2° et §2, alinéa 1, 1° de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et ce, si la notion de chemin du travail de ladite loi n'est pas d'application. Toutefois, uniquement lors de ces deux trajets, la couverture 'Vie Privée' est acquise à l'*assuré*. L'indemnisation sera dévolue dans les limites de la définition d'*accident de la 'vie privée'*, de son régime probatoire, ses exclusions et ses déchéances prévu(e)s dans les conditions générales de l'assurance Collective contre les Accidents corporels 'Vie Privée' de la compagnie d'assurance.

Par conséquent, sont uniquement couverts les déplacements de l'*assuré* lorsque, dans le cas des prestations à domicile ou à résidence :

- il conduit depuis son domicile ou sa résidence ses enfants à la garderie, à la crèche, dans l'établissement d'enseignement, à l'université ou chez toute personne ayant leur garde ainsi que lorsqu'il accomplit le trajet inverse ;
- il se rend depuis son domicile ou sa résidence vers le lieu où il prend ou se procure les repas et inversement.

Les indemnités sont calculées selon la formule 'type-loi', sans application de l'A.R. 530, en fonction de la rémunération réelle limitée au *plafond légal* par an et par personne.

En cas d'Invalidité Permanente et de Décès, les rentes sont versées sous forme de capital non indexé suivant le *barème F*, annexe à l'A.R. du 21/12/1971.

En cas de décès, l'indemnité sera dévolue aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*. Ce dernier étant la personne qui, au moment de l'*accident de la vie privée* survenu à son domicile ou à sa résidence ou sur le chemin afférent aux deux extensions reprises ci-avant, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'*assuré*, soit prouve, par l'inscription dans le registre de la population qu'elle cohabite avec ce dernier depuis plus d'un an dans une relation comparable à celle des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

Lesdites indemnités ne sont octroyées qu'après toute intervention légale.

Les indemnités prévues par cette clause ne pourront pas se cumuler avec celles prévues par une couverture 'Vie privée', souscrite par l'employeur auprès de la compagnie, dont bénéficierait la victime.

Evénements extra-professionnels

L'assurance s'étend aux *accidents* dont pourraient être victimes les membres du personnel du preneur d'assurance, assujettis à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, à l'occasion des activités sportives, culturelles et récréatives organisées par une association du personnel ou par un membre du personnel avec l'autorisation explicite ou implicite de l'employeur et si l'*accident* est reconnu comme étant un *accident de la vie privée*.

L'assurance est étendue aux *accidents* pouvant survenir dans les vestiaires et autres locaux utilisés, et s'étend en outre – selon les critères applicables aux *accidents* sur le chemin du travail – aux *accidents* pouvant survenir sur le trajet 'aller' et 'retour' c'est-à-dire entre la résidence des personnes assurées ou leur lieu de travail et l'endroit où l'activité assurée doit avoir lieu.

L'indemnisation sera dévolue tout en respectant la définition d'*accident de la 'vie privée'*, son régime probatoire, les exclusions et les déchéances y afférentes, qui sont prévu(e)s dans les conditions générales de l'assurance Collective contre les Accidents corporels « Vie Privée » de la compagnie d'assurances.

Les indemnités sont calculées selon la formule « Type-loi » sans application de l'A.R. n° 530, en fonction de la rémunération réelle limitée au *plafond légal* par personne et par an.

En cas d'Invalidité Permanente et de Décès, les rentes sont versées à la victime ou à *l'ayant droit* sous forme de capital non indexé, suivant le *barème F*, annexe à l'A.R. du 21.12.1971.

En cas de décès, l'indemnité sera dévolue aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*. Ce dernier étant la personne qui, au moment de l'*accident de la vie privée* survenu à l'occasion des activités reprises à l'alinéa 1, aux endroits précisés à l'alinéa 2 voire lors du trajet mentionné dans le même alinéa, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'*assuré*, soit prouve, par l'inscription dans le registre de la population, qu'elle cohabite avec ce dernier depuis plus d'un an dans une relation comparable à celle des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

Les indemnités ne sont octroyées qu'après toute intervention légale.

Les indemnités prévues par cette clause ne pourront pas se cumuler avec celles prévues par une couverture contre les 'Accidents de la 'Vie Privée'', souscrite par l'employeur auprès de la compagnie, dont bénéficierait la victime.

16.7. L'assurance est acquise dans le monde entier.

Article 17 – Limitations des garanties

Dans le cadre des garanties décrites aux articles 8, 9 et 10, la *compagnie* ne garantit pas:

- À la suite d'une déchéance :

17.1. les *accidents* résultant d'actes que les *assurés* ont causé ou provoqué intentionnellement.

Par ailleurs, toute personne qui a causé ou provoqué intentionnellement l'*accident* est exclue du bénéfice des prestations;

17.2. les *accidents* survenus lors de la participation intentionnelle à la préparation ou à l'exécution de crimes ou délits;

17.3. les *accidents* dus uniquement à un état psychique déficient;

17.4. les *accidents* du travail survenus par suite d'une exposition des *assurés* à un danger provenant d'un manquement grave du *preneur d'assurance* aux dispositions légales et réglementaires relatives à la sécurité et à l'hygiène du travail, manquement ayant fait l'objet de la part de la *compagnie* ou du fonctionnaire compétent d'une notification spécifique et préalable à leur rencontre;

17.5. les *accidents* imputables aux *défis, paris* et *actes téméraires*;

17.6. les *accidents* survenus lors de la participation à des actes de violence commis sur des personnes ou de détérioration ou de détournement malveillants de biens;

17.7. les *accidents* se produisant sous l'influence de la *drogue* ou des médicaments ayant les mêmes effets, à moins qu'elle soit prescrite par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine.

La couverture sera acquise pour autant que la victime ou le bénéficiaire prouve que le sinistre n'a aucune relation avec l'état de la victime;

Dans le cadre des garanties décrites aux articles 6 et 7, la *compagnie* ne garantit pas:

- À la suite d'une déchéance :

17.8. les *accidents* survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile. Excepté pour la période du salaire garanti à charge du *preneur d'assurance*, il en est notamment ainsi lorsque les *assurés* ne respectent pas les instructions de sécurité que le *preneur d'assurance* leur a préalablement notifiées par écrit, alors que les moyens de sécurité nécessaires ont été mis à leur disposition.

- À la suite d'une exclusion :

17.9. les *accidents* imputables à l'ivresse. Est assimilée à l'ivresse au sens de la présente disposition l'intoxication alcoolique égale ou supérieure à 1,5 gramme par litre de sang;

17.10. les *accidents* résultant des risques de guerre. La garantie reste toutefois acquise pendant quatorze jours à partir du début des hostilités, lorsque les *assurés* sont surpris à l'étranger par la survenance de tels événements;

17.11. les *accidents* imputables à des *troubles civils* ou militaires de tous genres et aux mesures prises pour les combattre, sauf s'il est prouvé que les *assurés* n'y ont pas pris une part active;

17.12. les *accidents* provoqués par des radiations ionisantes autres que les irradiations médicales nécessitées par un *accident* garanti;

17.13. la garantie n'est pas acquise lors de l'utilisation, comme conducteur ou passager, d'un moyen de locomotion, comme prévu à l'article 16.5, qui lors de l'*accident* n'est plus conforme à son procès-verbal d'agrément;

17.14. la garantie n'est pas acquise lors de travaux de construction ou de toiture;

17.15. toutes les *courses* de cyclisme, de bateaux à moteur, de cyclomoteurs, de motocyclettes, et d'automobiles (autres que les rallyes touristiques pour lesquels aucune norme de temps ou de vitesse n'est imposée) y compris les entraînements et les essais;

17.16. la participation (y compris les entraînements et les épreuves préparatoires) à des concours et à des *courses* hippiques;

17.17. les *accidents* survenant en Belgique lors de tremblements de terre, phénomènes atmosphériques ou géologiques;

17.18 les *accidents* résultant de la pratique de sports aériens (deltaplane, parachutisme, parapente, ULM, vol à voile, montgolfière et benji) ainsi que le vol, autre que commercial, en qualité de pilote ou de passager dans un aéronef.

17.19 les *accidents* survenus au cours de la vie privée en cas de suspension de contrat de travail au-delà de la période de salaire garanti (le repos d'accouchement, le crédit temps, l'interruption de carrière, la maladie, les congés thématiques, etc).

Article 18 – Modalités de souscription

Les garanties peuvent être souscrites:

18.1. nominativement et les *bénéficiaires* qui remplacent ou s'ajoutent à ceux qui sont déjà *assurés* bénéficient des garanties dès que la *compagnie* notifie son consentement;

18.2. sans désignation nominative des *bénéficiaires* lorsque ceux-ci constituent une catégorie ou un groupe déterminé du personnel. Le *preneur d'assurance* s'engage à tenir un registre dans lequel sont inscrits tous les *bénéficiaires* de cette catégorie ou de ce groupe. La *compagnie* est en droit de décliner toute obligation lorsque la victime n'y est pas régulièrement inscrite dès son entrée chez le *preneur d'assurance*.

Article 19 – Rémunérations

Lorsque les *rémunérations* ne sont pas conventionnelles, les *rémunérations* de la victime servant de base au calcul des montants *assurés* sont celles des douze mois qui ont précédé l'*accident*, pour autant que ces *rémunérations* soient relatives à la même fonction et aux mêmes conditions de travail que celles d'application au moment de l'*accident*.

Dans le cadre des garanties décrites aux articles 6 et 8, lorsque la période de référence disponible en fonction des critères ainsi définis est inférieure à douze mois, les *rémunérations* de base seront celles de la période de référence, majorée du prorata correspondant pour compléter les douze mois.

Article 20 – Prestations de la compagnie en cas de décès

20.1. Lorsque les assurés décèdent exclusivement des suites d'un accident couvert, la compagnie paie les montants dus aux bénéficiaires.

Sauf pour l'application de l'article 6, par *partenaire cohabitant* on entend : la personne qui, au moment de l'accident du travail ou sur le chemin du travail, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'assuré, soit prouve par l'inscription dans le registre de la population qu'elle cohabite avec ce dernier depuis plus de 1 an dans une relation comparable à celles des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

20.2. Lorsque les prestations conventionnelles sont calculées, selon la formule «Type-loi» sans application de l'A.R. n° 530, elles comprennent le capital représentatif de la rente due, calculé selon le barème.

Le coefficient de conversion est déterminé en fonction de l'âge de l'ayant droit à la date du décès de l'assuré, à moins que les parents aient droit à une rente temporaire. Dans ce dernier cas, le coefficient de conversion est déterminé en fonction de l'âge de l'assuré à la date de son décès.

Lorsque les prestations conventionnelles sont calculées autrement que selon la formule «Type-loi» sans application de l'A.R. n° 530, elles sont dues conformément aux montants assurés ou aux montants résultant du produit entre le multiple à prendre en considération et la rémunération.

Si aucun bénéficiaire en cas de décès n'est mentionné aux conditions particulières, le montant assuré sera divisé entre les ayants droit selon la formule suivante:

le capital du bénéficiaire est égal au capital assuré, multiplié par le capital par bénéficiaire (suivant la formule «Type-loi» sans application de l'A.R. n° 530), divisé par la somme des capitaux de tous les bénéficiaires ensemble (suivant la formule «Type-loi» sans application de l'A.R. n° 530).

A défaut d'ayant droit, la compagnie limite son intervention au remboursement des frais funéraires à la personne qui les a pris en charge et ce à concurrence d'un montant de 2.500 EUR.

20.3. Dans le cadre des garanties décrites aux articles 8 à 10, lorsque le décès survient à l'étranger, la compagnie paie les frais de rapatriement du corps à concurrence de 2.500 EUR.

20.4. Dans le cadre de la garantie décrite à l'article 8 et si la couverture Décès est prévue au contrat, chacun des enfants de l'assuré, devenu orphelin suite à un accident de la vie privée, recevra une indemnité complémentaire de 200 EUR par mois. Cette indemnité complémentaire est portée à 300 EUR par mois si lors du même accident, les enfants deviennent orphelins de père et de mère.

Le droit à cette allocation cesse en même temps que celui aux allocations familiales légales, et en tout cas au plus tard lorsque l'enfant a atteint l'âge de 25 ans. Il cesse également en cas de remariage du parent survivant.

20.5. En cas d'accident couvert, la compagnie rembourse les frais d'assistance psychologique du conjoint, du cohabitant et/ou des enfants vivant sous le même toit.

L'intervention de la compagnie n'est acquise que dans la mesure où l'assistance a débuté dans les six mois qui suivent l'accident. Cette intervention s'élève à 1.000 EUR par sinistre et est accordée sur base des justificatifs.

20.6. La disparition n'équivaut pas au décès.

20.7. L'assuré, ayant bénéficié de la garantie 'accidents 24h/24h' et cessant ses activités professionnelles, bénéficiera de la garantie 'vie privée'. Le montant assuré en Décès sera toutefois réduit de moitié. Cette condition ne sera d'application que si l'assuré est officiellement pensionné au moment du sinistre.

Article 21 - Prestations de la compagnie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente

21.1. En cas d'accident professionnel, le taux d'invalidité est considéré comme étant égal au taux d'incapacité fixé conformément à la Loi.

Si ce taux est inférieur à celui résultant du Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI) au jour de la consolidation, ce dernier sera pris en considération pour le calcul des indemnités.

En cas d'accident de la vie privée, le taux d'invalidité est fixé selon le Barème Officiel Belge des Invalidités (BOBI) en vigueur au jour de la consolidation. Si ce taux atteint 67% ou plus, il est censé, pour le calcul des indemnités, être de 100%.

21.2. Si l'accident a pour conséquence une invalidité reconnue définitive, la compagnie paie:

- si les prestations conventionnelles sont calculées comme les indemnités prévues par la *Loi*, le capital représentatif de la rente due, calculé selon le *barème*. Dans le cadre de la garantie décrite à l'article 6, jusqu'à l'expiration du délai de révision de trois

ans prévu par la *Loi*, la *compagnie* paie, sur la partie des *rémunérations* concernées, une allocation annuelle non indexée calculée conformément à la *Loi*;

- dans le cas contraire, un capital en fonction du montant assuré et ce, au prorata du taux d'incapacité.

21.3. Il ne sera jamais tenu compte d'un taux d'invalidité supérieur à 100%.

Il n'est pas prévu d'indemnité pour l'aide d'une tierce personne.

Les lésions de membres et d'organes déjà infirmes ou perdus fonctionnellement ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'*accident*.

L'évaluation des lésions d'un membre ou organe, ne peut être augmentée par l'état d'infirmité préexistant d'un autre membre ou organe.

21.4. L'*assuré* dispose d'un délai de trois ans pour s'opposer à la décision de la *compagnie* qui clôture un dossier d'*accident* sans reconnaissance d'une invalidité permanente.

Sauf avis explicite contraire, tout dossier dans lequel la *compagnie* a rempli ses obligations en matière d'indemnisation de l'incapacité temporaire et de remboursement de *frais de traitement*, sera considéré comme clôturé.

21.5. Les indemnités assurées pour les cas de décès et d'invalidité permanente et temporaire ne pourront jamais se cumuler.

21.6. En cas d'*accident de la vie privée*:

-si l'invalidité permanente est à l'origine de la fin de la convention de travail de l'*assuré*, la *compagnie* interviendra, à concurrence de 2.500 EUR, dans le coût des services d'un bureau d'out-placement; 7

-si un membre du corps est touché par l'*accident*, que l'*assuré* soit gaucher ou droitier, la *compagnie* s'engage à prendre en compte le taux le plus avantageux reconnu par le BOBI.

21.7. L'*assuré*, ayant bénéficié de la garantie 'accidents 24h/24h' et cessant ses activités professionnelles, bénéficiera de la garantie 'vie privée'. Le montant assuré en I.P. sera toutefois réduit de moitié. Cette condition ne sera d'application que si l'*assuré* est officiellement pensionné au moment du sinistre.

Article 22 – Prestations de la compagnie en cas d'incapacité temporaire

22.1. La *compagnie* paie l'indemnité journalière assurée, à partir du premier jour d'incapacité, dans les limites convenues, et au plus tard:

-dans le cadre des garanties décrites aux articles 8 à 10, jusqu'à la consolidation des lésions;

-dans le cadre de la garantie décrite à l'article 6, jusqu'à l'expiration du délai de révision, dimanches et jours fériés compris.

Le jour de l'*accident* ne donne jamais droit à indemnité.

Sauf pour la garantie prévue dans l'article 10, si le régime obligatoire de la sécurité sociale prévoit une indemnité pour l'*assuré*, l'intervention de la *compagnie* sera limitée à la différence entre le montant prévu ci-dessus et le montant prévu par ce régime obligatoire, même si, à la suite d'un événement imputable à l'*assuré*, ce dernier montant ne lui est pas effectivement versé.

Les indemnités pour incapacité temporaire totale sont calculées conformément à l'article 22 de la *Loi* (90% de la *rémunération quotidienne moyenne*).

Si le degré d'incapacité temporaire est inférieur à 90%, l'indemnité journalière est fixée au prorata de la diminution de la capacité de travail de l'*assuré* dans ses activités professionnelles ou privées.

En cas de montant forfaitaire journalier, ce montant est payé au prorata de son incapacité et sans déduction d'une intervention légale de la Sécurité Sociale.

22.2. Il incombe à l'*assuré* d'apporter la preuve de son incapacité totale moyennant une attestation médicale.

22.3. L'indemnité journalière assurée se calcule sur la *rémunération quotidienne moyenne* de l'assuré (conformément à l'article 40 de la Loi).

22.4. Dans le cadre de la garantie décrite à l'article 8, si la durée de l'incapacité temporaire totale est égale ou supérieure à sept jours et si le médecin-conseil de la *compagnie* constate la nécessité pour l'assuré de disposer d'une aide familiale ou ménagère, la *compagnie* prend en charge le coût de celle-ci, sur présentation des justificatifs et à concurrence de 2.000 EUR maximum par sinistre.

22.5 L'assuré, ayant bénéficié de la garantie 'accidents 24h/24h' et cessant ses activités professionnelles, bénéficiera de la garantie *accidents de la vie privée*. Le montant assuré en I.T. sera toutefois réduit de moitié et ne sera dévolu que si l'assuré prouve une perte réelle de revenus. Cette condition ne sera d'application que si l'assuré est officiellement pensionné au moment du sinistre.

Article 23 – Prestations de la compagnie en frais de traitement

23.1. La *compagnie* prend en charge les *frais de traitement* occasionnés par l'accident, jusqu'à la consolidation ou, dans le cadre de la garantie décrite à l'article 6, jusqu'à l'expiration du délai de révision.

L'intervention de la *compagnie* n'est acquise que pour des actes ou prestations faisant l'objet d'une nomenclature dans le cadre de l'Assurance belge sur la maladie et l'invalidité et à concurrence d'une fois ce tarif.

23.2. Dans le cadre des garanties décrites aux articles 8 à 10, la *compagnie* prend en charge:

-les frais des premiers appareils orthopédiques ou des premières prothèses.

On entend par appareil de prothèse uniquement celui qui remplace une partie du corps devenue inopérante à l'exclusion de tout autre matériel;

-les frais aux prothèses déjà préexistantes, mais uniquement en cas de lésions corporelles concomitantes;

-les frais de transport effectué pour une raison médicale ou pour se rendre à la convocation du médecin-conseil de la *compagnie*. En cas d'utilisation d'un véhicule privé et pour autant que la distance parcourue dépasse 5 km, ces frais seront forfaitairement établis sur base du tarif prévu dans le cadre de la Loi. En cas d'utilisation d'un moyen de transport en commun, les frais réels seront remboursés;

-les frais de recherche et de sauvetage raisonnablement exposés en vue de sauvegarder la vie de l'assuré, à concurrence de 2.500 EUR;

-les frais de rapatriement lorsque l'assuré est incapable de rentrer chez lui dans les conditions normales de son voyage, à concurrence de 4.000 EUR.

Une attestation médicale justificative est requise, qui précisera également le moyen de transport jugé indispensable.

23.3. Dans le cadre de la garantie décrite à l'article 8, la *compagnie* intervient dans les frais d'une assistance psychologique à concurrence de 1.000 EUR maximum par personne, lorsqu'au cours de sa 'vie privée', l'assuré est victime d'une agression physique, d'un hold-up, d'un car-jacking, d'un home-jacking, d'un attentat, d'un acte de vandalisme ou de malveillance. Ce montant est accordé au-delà de celui accordé pour *frais de traitement*.

23.4. La *compagnie* intervient pour la différence entre les frais réellement exposés et les prestations qui seraient normalement à charge d'un organisme belge ou étranger de Sécurité Sociale, d'un assureur ou de Fedris.

Article 24 – Limitations des prestations de la compagnie

En cas d'aggravation des conséquences d'un accident par des infirmités, maladies, causes ou circonstances indépendantes du fait accidentel, l'indemnité ne peut être supérieure à celle qui aurait été due si l'accident avait frappé un organisme sain. Cette limitation ne s'applique toutefois pas à l'assurance des *frais de traitement*.

Article 25 - Subrogation

Par le seul fait du contrat et à concurrence des montants payés par elle, la *compagnie* est subrogée dans les droits et actions qui peuvent appartenir aux *bénéficiaires* contre les tiers responsables des sinistres.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Article 26 – Prise d'effet et durée du contrat

Le contrat est formé dès qu'il est signé par les parties. Les garanties prennent effet à zéro heure à la date mentionnée aux conditions particulières.

La durée du contrat est de un an et peut être de 3 ans, si mentionné dans les conditions particulières et tout en tenant compte de toutes les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Cette durée doit, le cas échéant, être prolongée de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat du 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes consécutives de un ou de trois ans tout en tenant compte de toutes les dispositions de la *Loi* sauf si une des parties le résilie de la manière prescrite par la *Loi* au moins trois mois avant la fin de la période en cours.

Cette disposition ne s'applique pas aux contrats d'une durée inférieure à un an.

Article 27 – Paiement de la prime

La prime, taxes et frais compris, est payable par anticipation et exigible à la date d'échéance.

En cas de non paiement de la prime, la *compagnie* met le *preneur d'assurance* en demeure par lettre recommandée. Pour cette mise en demeure, des frais administratifs forfaitaires, s'élevant à deux fois et demi le tarif officiel de la Poste pour un envoi recommandé, sont dus par le *preneur d'assurance*.

A l'expiration d'un délai de quinze jours suivant la signification de la lettre recommandée qui rappelle l'obligation de paiement, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié selon les termes de la mise en demeure.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le *preneur d'assurance* des primes échues, augmentée s'il y a lieu des taxes, des frais et des intérêts, met fin à cette suspension.

Article 28 – Modification des conditions d'assurances ou tarifaires

Lorsque la *compagnie* modifie son tarif et/ou ses conditions, elle applique cette modification à la première échéance annuelle suivante. La *compagnie* avertit le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant l'échéance annuelle de la police, à moins que lors d'une notification ultérieure, le droit lui soit encore accordé de résilier cette police dans un délai de trois mois au moins à compter du jour de cette notification.

Lorsque la *compagnie* avertit le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, celui-ci peut résilier cette police dans les 30 jours de la notification de l'adaptation. De ce fait, cette police prend fin à l'échéance annuelle suivante.

Cette faculté de résiliation n'existe pas lorsque la modification des conditions et/ou du tarif résulte d'une opération d'adaptation générale imposée par les autorités compétentes et qui, dans son application, est uniforme pour toutes les compagnies.

Article 29 – Modalités de calcul de la prime

29.1. Si la prime est forfaitaire, elle est fixée lors de la souscription de la convention et est payable d'avance à chaque échéance.

Elle peut varier dans la même proportion que le *plafond légal* de la *rémunération* de base.

Le *preneur d'assurance* s'oblige à déclarer à la *compagnie* toute modification des éléments servant au calcul de la prime.

Le *preneur d'assurance* s'engage à accepter la nouvelle prime calculée en fonction des éléments ainsi communiqués.

29.2. Si la prime est régularisable, elle est payable à terme échu sur base des éléments repris aux conditions particulières.

1° Le *preneur d'assurance* s'engage à verser une avance payable par anticipation au début de chaque période d'assurance. Cette avance est à valoir sur la prime définitive calculée en fin d'exercice. Pour la première année, l'avance est déterminée en estimant la prime définitive à partir des éléments servant au calcul de la prime de l'année précédente ou, si l'entreprise est de création récente, d'après une évaluation établie de commun accord.

Les *rémunérations* sont déclarées à la *compagnie* par le *preneur d'assurance* ou son mandataire.

Cette obligation est considérée comme exécutée 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.

Toutefois la *compagnie* se réserve le droit d'envoyer un état de salaires au *preneur d'assurance* ou à son mandataire, annuellement ou à l'expiration d'un délai plus court fixé aux conditions particulières.

Le *preneur d'assurance* ou son mandataire s'oblige à renvoyer cet état de salaire à la *compagnie* dans les deux mois qui suivent la fin de chaque période d'assurance.

La *compagnie* établit le décompte en déduisant, le cas échéant, le montant des avances perçues.

2° Lorsque la *rémunération* n'est pas conventionnelle, celle-ci comprend la *rémunération* brute sans aucune retenue ainsi que tous les avantages.

Elle n'est jamais inférieure ni à la *rémunération* mensuelle moyenne minimum ni à celle fixée par convention conclue au niveau de l'entreprise ou par convention collective conclue au Conseil National du Travail, en commission ou sous-commission paritaire ou en tout autre organe paritaire, rendue obligatoire ou non par un arrêté royal.

Les sommes attribuées tant aux ouvriers qu'aux employés, à titre de pécule de vacances, ne doivent pas être mentionnées sur la déclaration des *rémunérations*.

La *compagnie* leur substitue le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles, dans la mesure où le pécule de vacances est pris en considération pour le calcul des prestations en cas de sinistre. Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives de salaire mais non payées directement par le *preneur d'assurance* sont également prises en compte sous forme de pourcentage.

Pour les *bénéficiaires* pour lesquels le salaire de base est calculé comme prévu à l'article 38 de la *Loi*, même non rémunérés, la prime est calculée sur la *rémunération* moyenne des travailleurs majeurs de la catégorie professionnelle à laquelle ils auraient appartenu à leur majorité ou à l'expiration du contrat d'apprentissage, sauf si la *rémunération* effective est supérieure à cette *rémunération*.

3° Le défaut de renvoi du formulaire de déclaration, dûment complété, dans les 15 jours du rappel de la *compagnie*, entraîne l'établissement d'un décompte d'office sur la base de la prime de l'année précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, des chiffres communiqués à la conclusion de la convention, majorés, dans l'un et l'autre cas, de 50 %.

Ce décompte d'office se fera sans préjudice du droit de la *compagnie* d'exiger la déclaration ou d'obtenir le paiement sur base des *rémunérations* réelles de calcul afin de régulariser le compte du *preneur d'assurance*.

La *compagnie* se réserve le droit de résilier le contrat si le *preneur d'assurance* est en défaut de respecter ces obligations.

4° La *compagnie* adaptera la prime provisionnelle chaque fois que la dernière prime définitive connue sera supérieure ou inférieure de 20% au montant de cette dernière.

Article 30 – Non-occupation de personnel

Lorsque le *preneur d'assurance* n'emploie plus de personnes assujetties à la *Loi*, qu'il y ait cessation d'activité ou non, il en avise sans délai la *compagnie* en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité des susdites personnes.

Le contrat est résilié par la *compagnie* par lettre recommandée, à la date où elle en a connaissance, mais au plus tôt à la date à laquelle le *preneur d'assurance* n'occupe plus de personnel.

Toutefois, si avant l'expiration de la période d'assurance qui restait à courir à compter de la date de résiliation, le *preneur d'assurance* engage à nouveau du personnel assujetti, il a l'obligation de conclure un nouveau contrat auprès de la *compagnie* pour une période au moins égale à cette période qui restait à courir.

La *compagnie* n'assure pas les travailleurs assujettis pour la période qu'ils étaient remis en activité avant la conclusion de ce nouveau contrat.

Article 31 – Changement de preneur d'assurance

31.1. En cas de décès du *preneur d'assurance*, le contrat est maintenu au profit des nouveaux titulaires de l'intérêt assuré qui restent tenus au paiement des primes.

31.2. En cas de faillite du *preneur d'assurance*, le contrat subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers la *compagnie* du montant des primes à échoir à partir de la déclaration de faillite.

31.3. En cas de maintien de l'activité mais de changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que celles visées aux 31.1 et 31.2 ci-dessus, le *preneur d'assurance* ou ses héritiers ou *ayants droit* s'engagent à faire continuer le contrat par leurs successeurs.

En cas de manquement à cette obligation, la *compagnie* peut exiger du *preneur d'assurance* ou de ses héritiers ou *ayants droit*, indépendamment des primes échues, une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle. Le contrat prend alors fin à la date de ce changement ou de cette reprise.

La *compagnie* peut néanmoins refuser le transfert du contrat et le résilier. Dans ce cas, la *compagnie* doit assumer les garanties du contrat actuel jusqu'à l'expiration d'un délai de 45 jours qui commence à courir le jour où la lettre de résiliation adressée par la *compagnie* au *preneur d'assurance* est remise à la poste. La *compagnie* garde alors le droit aux primes et cotisations échues correspondant aux périodes couvertes.

Article 32 – Obligations d'information du preneur d'assurance

A la conclusion et en cours de contrat, le *preneur d'assurance* a l'obligation de déclarer le risque de façon correcte et complète à la *compagnie*.

En cours de contrat, le *preneur d'assurance* a l'obligation de déclarer les éléments qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque.

Le non-respect de ces obligations peut conduire à une réduction de l'intervention de la *compagnie* envers le *preneur d'assurance* conformément aux stipulations de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Cela peut mener à une action récursoire contre le *preneur d'assurance*.

Article 33 – Mesures préventives

Le *preneur d'assurance* veille à prendre et à faire prendre toutes mesures utiles pour prévenir la survenance d'un sinistre. Sans préjudice des dispositions prévues aux articles 4 et 17.8., la *compagnie* se réserve le droit de résilier le contrat, si le *preneur d'assurance* refuse de prendre les mesures de prévention des sinistres qu'elle a jugées indispensables.

Article 34 – Soins médicaux et autres obligations

Après l'*accident*, il doit être veillé à ce que les soins médicaux les plus adéquats soient prodigués le plus rapidement possible. Le *bénéficiaire* s'oblige à délier les médecins intervenus avant ou après l'*accident* du secret professionnel à l'égard de la *compagnie*, autoriser les médecins mandatés par la *compagnie* à procéder aux examens désirés et, le cas échéant, marquer accord pour qu'il soit procédé à une autopsie aux frais de la *compagnie*.

De son côté, la *compagnie* s'engage à communiquer uniquement à son médecin-conseil, à l'exclusion de toute autre personne, les informations et certificats médicaux qui seraient délivrés par le médecin traitant du *bénéficiaire*.

Article 35 – Obligations du preneur d'assurance et des bénéficiaires en cas de sinistre

35.1. Tout *accident* doit être déclaré par écrit par le *preneur d'assurance* à la *compagnie*:

- dans le cadre de la Garantie légale, dans les délais et forme prescrits par la *Loi*;
- dans le cadre des garanties décrites aux articles 6 à 10, au plus tard dans les huit jours de sa survenance (ou dans les 48 heures en cas d'*accident* mortel).

La déclaration se fait sur les formulaires mis à la disposition du *preneur d'assurance* par la *compagnie* ou par voie électronique. Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration, sinon être adressé à la *compagnie* dans les plus brefs délais. Ce certificat médical de premier constat doit mentionner la nature et la localisation des lésions, ainsi que l'éventuelle durée provisoire de l'incapacité temporaire.

Le *preneur d'assurance* et les *bénéficiaires* fournissent sans retard à la *compagnie* tous les renseignements et documents utiles demandés par celle-ci. Ils répondent aux demandes qui leur sont faites pour déterminer les circonstances de l'*accident* et fixer l'étendue de ses conséquences.

35.2. La *compagnie* se réserve le droit de contrôler l'activité assurée, les mesures de prévention qui ont été prises, ainsi que toutes les déclarations faites consécutives à des sinistres et ceci même après la fin du contrat.

Le *preneur d'assurance* s'engage à autoriser l'accès de son entreprise aux délégués de la *compagnie*, à mettre à leur disposition tous les documents qui sont utiles dans le cadre de leurs contrôles et à leur permettre d'interroger les membres de son personnel.

La *compagnie* s'engage à n'utiliser les informations obtenues que dans le cadre de ce contrat.

Article 36 – Résiliation du contrat

1. La compagnie peut résilier le contrat:

- a. pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 26;
- b. en cas d'omission ou d'inexactitude dans la description du risque à la conclusion du contrat conformément à l'article 32;
- c. lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'*accident* s'est aggravé de telle sorte que si l'aggravation avait existé lors de la souscription, l'assureur n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, il doit, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.
Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas couvert le risque aggravé, il peut résilier le contrat dans le même délai.
Si la proposition de modification du contrat d'assurance est refusée par le *preneur d'assurance* ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les 15 jours;
- d. en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, conformément à l'article 32;
- e. en cas de défaut de paiement de prime, avance sur prime, surprime ou accessoires, conformément à l'article 27;
- f. après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières ou le refus de paiement de l'indemnité. Toutefois dans ce cas, la résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à 3 mois à partir du moment de la signification de la résiliation;
- g. en cas de faillite, de déconfiture ou de décès du *preneur d'assurance*, conformément à l'article 31;
- h. en cas de non respect par le *preneur d'assurance* des obligations mises à sa charge dont question aux articles 33 et 34;
- i. à défaut de déclaration des *rémunérations* dans les délais mentionnés à l'article 29.

2. Le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat :

- a. pour la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 26;
- b. après chaque déclaration de sinistre, mais au plus tard un mois après la notification par la *compagnie* du premier paiement des indemnités journalières ou du refus de paiement de l'indemnité. Cette disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans, conclus 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 maximum visée à l'article 39 de la *Loi*;
- c. en cas de modification des conditions d'assurance et du tarif ou simplement du tarif, conformément à l'article 28;
- d. en cas de diminution du risque : lorsqu'au cours de l'exécution du 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, la *compagnie* aurait consenti l'assurance à d'autres condition, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque.
Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution fournie par le *preneur d'assurance*, celui-ci peut résilier le contrat.

3. Sans préjudice d'autres dispositions, la résiliation se fait par lettre recommandée. Sauf dans les cas visés aux articles 26, 27 et 28, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste. Dans le cadre de la Garantie légale (titre I), la résiliation du contrat pour survenance d'un sinistre au profit de la *compagnie* ou du *preneur* n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieure à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre recommandée à la poste.

Dans le cadre des Garanties optionnelles (titre II), la résiliation du contrat par la *compagnie* après déclaration d'un sinistre prend effet lors de sa notification lorsque le *preneur d'assurance* ou *l'assuré* ont manqué à l'une des obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la *compagnie*.

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation est remboursée par la *compagnie*.

4. Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances et de la Loi du 10 avril 1971 sur les Accidents de travail sont applicables en ce qui concerne les conditions, modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance par l'employeur ou par l'assureur.

Article 37 – Dommages occasionnés par des actes de terrorisme

La *compagnie* couvre, dans certains cas, les dommages causés par des actes de terrorisme. La *compagnie* est membre à cette fin de l'ASBL TRIP, dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29.

Lorsque la *compagnie* est légalement tenue d'accorder la couverture pour les dégâts résultant d'un acte de terrorisme, les dégâts causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de la structure du noyau atomique restent toutefois exclus.

Conformément à la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des entreprises d'assurances membres de l'ASBL est limitée à 1 milliard EUR par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme relevant du terrorisme, survenus pendant cette année civile. Cette limitation n'est pas d'application à la Garantie légale.

Ce montant est adapté, le 1^{er} janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de décembre 2005, soit 145,93 (base 100 en 1988).

En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

Régime de paiement :

conformément à la loi susmentionnée du 1^{er} avril 2007, le Comité décide si un événement répond à la définition de terrorisme. Afin que le montant cité ci-avant ne soit pas dépassé, ce Comité fixe, six mois au plus tard après l'événement, le pourcentage de l'indemnisation que les entreprises d'assurances membres de l'ASBL doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré ou le *bénéficiaire* ne peut prétendre, envers la *compagnie*, à l'indemnisation qu'après que le Comité a fixé le pourcentage.

La *compagnie* paie le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si un autre pourcentage est fixé par arrêté royal, la *compagnie* paiera, par dérogation à ce qui précède, le montant assuré conformément à ce pourcentage.

Si le Comité diminue le pourcentage, la réduction de l'indemnité ne sera pas applicable aux indemnités déjà payées, ni aux indemnités restant à payer pour lesquelles la *compagnie* a déjà communiqué sa décision à *l'assuré* ou au *bénéficiaire*.

Si le Comité relève le pourcentage, l'augmentation de l'indemnité s'applique pour tous sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme relevant du terrorisme.

Lorsque le Comité constate que le montant cité au paragraphe « Adhésion à TRIP » ne suffit pas à indemniser l'ensemble des dommages subis ou lorsque le Comité ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ce montant suffit, les dommages aux personnes sont indemnisés en priorité. L'indemnisation des dommages moraux intervient après toutes les autres indemnisations.

Toute limitation, exclusion et/ou tout étalement dans le temps de l'exécution des engagements de la *compagnie*, définis dans un arrêté royal, s'appliquera conformément aux modalités prévues dans cet arrêté royal.

Article 38 – Engagements pris par l'intermédiaire

Les déclarations du *preneur d'assurance* ou de *l'assuré*, consignées dans la proposition ou dans les conditions particulières, servent de base à l'assurance.

Les engagements pris par l'intermédiaire ne sont pas opposables à la *compagnie* s'ils ne figurent pas dans ce contrat. Aucune ajoutée, modification au texte ou dérogation aux conditions ne sera valable si elle n'a pas été validée par la *compagnie*.

Article 39 – Hiérarchie des dispositions du contrat

Les conditions particulières prévalent les conditions générales et les remplacent en cas de contradiction.

Article 40 – Domicile, communications et notifications

Ce contrat est régi par la législation belge.

Les communications et les notifications destinées à la *compagnie* doivent être faites à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique ou à toute autre personne désignée à ces fins dans les conditions particulières. Toutes communications et notifications destinées au *preneur d'assurance*, héritiers ou *ayants droit* sont valablement faites à la dernière adresse connue par la *compagnie*.

Article 41 – Jurisdiction compétente

Seules les instances judiciaires belges sont compétentes pour les litiges relatifs à ce contrat.

LOI DU 10-04-1971 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (EXTRAITS)

Art. 6

§ 1. La nullité du contrat de louage de travail ne peut être opposée à l'application de la présente loi.

§ 2. Toute convention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit.

§ 3. Lorsqu'il statue sur les droits de la victime et de ses ayants droit, le juge vérifie d'office si les dispositions de la présente loi ont été observées.

Art. 10

Lorsque la victime décède des suites de l'accident du travail, il est alloué une indemnité pour frais funéraires égale à trente fois la *rémunération* quotidienne moyenne.

En aucun cas, cette indemnité ne peut être inférieure au montant de l'indemnité correspondante alloué à la date du décès, en application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Art. 11

Outre l'indemnité pour frais funéraires, l'entreprise d'assurances prend à sa charge les frais afférents au transfert de la victime décédée vers l'endroit où la famille souhaite la faire inhumer; l'entreprise d'assurances se charge aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

Art. 12

Si la victime meurt des suites de l'accident du travail, une rente viagère égale à 30% de sa rémunération de base est accordée:

1° au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'*accident*, 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 à 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 contractés après l'*accident*, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou;
- b) un enfant soit issu du mariage de la cohabitation légale ou;
- c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales.

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 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.

Art. 13er

§ 1. Les enfants de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15% de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45% de ladite rémunération.

§ 2. Les enfants du conjoint ou du cohabitant légal de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15% de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45% de ladite rémunération, s'ils sont nés ou conçus au moment du décès de la victime.

§ 3. Les enfants visés au § 1er et au § 2, orphelins de père et de mère, reçoivent chacun une rente égale à 20% de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 60% de ladite rémunération.

§ 4. Les enfants dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul de leurs parents sont assimilés à des orphelins pour l'application du présent article.

§ 5. [...]

§ 6. La rente accordée en application du § 2 et du § 3 aux enfants du conjoint ou du cohabitant légal de la victime est diminuée du montant de la rente accordée à ces enfants du chef d'un autre *accident* mortel du travail. Le montant total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur au montant de la rente accordée aux enfants de la victime.

Art. 14

§ 1. Les enfants adoptés par une seule personne avant le décès reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20% de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de ladite rémunération.

§ 2. Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent, pour chaque enfant, une rente égale à:

- a) 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;

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

§ 3. 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.

§ 4. En cas de concours des intérêts des enfants adoptés et de ceux des autres enfants, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.

§ 5. Les dispositions du présent article sont également applicables dans les cas prévus à l'article 355 du Code civil.

Art. 15

§ 1. Le père et la mère de la victime qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants *bénéficiaires* reçoivent chacun une rente viagère égale à 20% de la rémunération de base.

Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants *bénéficiaires*, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15% de la rémunération de base.

Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.

§ 2. En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à :

a) 15% de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants *bénéficiaires*;

b) 10% de la rémunération de base s'il y a un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants *bénéficiaires*.

Art. 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants *bénéficiaires* reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé, une rente égale à 15% de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de ladite rémunération.

Si leur père et leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20% de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60% de ladite rémunération.

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, pour autant qu'ils n'aient pas encore droit à une rente suite au même *accident* mortel du travail, les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint ou du cohabitant légal, même si leurs père et mère sont encore en vie. Si la victime ne laisse pas d'enfants *bénéficiaires*, chacun d'eux reçoit une rente égale à 15% de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45% de ladite rémunération. Si la victime laisse des enfants ou petits-enfants *bénéficiaires*, les enfants assimilés aux petits-enfants sont réputés former une souche. La rente accordée à cette souche est fixée à 15% et est partagée par tête.

Art. 17

Les frères et sœurs de la victime qui ne laisse aucun autre bénéficiaire, reçoivent chacun une rente égale à 15% de la rémunération de base, sans que l'ensemble puisse dépasser 45% de ladite rémunération.

Art. 17bis

En cas d'établissement de la filiation après le décès de la victime et si cette filiation a une influence sur les droits des autres ayants droit, celle-ci n'a d'effet pour l'application de la présente section qu'à partir du jour où la décision définitive qui établit la filiation est notifiée à l'entreprise d'assurances.

Si les droits d'autres ayants droit ont été établis par un accord ou par une décision judiciaire, la modification de ces droits est constatée par un nouvel accord ou par une nouvelle décision judiciaire.

Art. 18

Si le nombre d'ayants droit visés aux articles 13, 14, 16 ou 17 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 deux ayants droit, chacun d'eux a droit à une rente égale à 15 ou 20%.

Pour l'application du présent article, chaque souche est considérée comme une unité, dans le cas visé à l'article 16, alinéas 3, 4 et 6.

Art. 19

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 fixées par le Roi. Le Roi détermine également la manière selon laquelle l'insuffisance de la diminution de la capacité physique ou mentale de ces ayants droit est constatée.

Art. 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et sœurs ne reçoivent la 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.

Art. 20bis

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

La victime est considérée comme la principale source de revenus lorsque la partie de ses revenus qui servait effectivement de contribution, tant en espèces qu'en nature, à l'entretien des ascendants était, au moment de l'*accident*, supérieure aux revenus globalisés des ascendants, dans lesquels la contribution, tant en espèces qu'en nature, de la victime n'est pas incluse. Pour la fixation de la contribution, tant en espèces qu'en nature, de la victime, les frais de son propre entretien ne sont pas pris en considération.

Art. 21

Les rentes visées aux articles 12 à 17 sont dues à partir de la date du décès de la victime.

Art. 22

Lorsque l'*accident* a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière égale à 90% de la *rémunération quotidienne moyenne*. L'indemnité afférente à 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 diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

Art. 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'entreprise d'assurances peut demander à l'employeur 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.

Dans le cas où la victime accepte la remise au travail, elle a droit à une indemnité équivalant 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 la remise au travail ou le traitement proposé ou si elle y met fin.

Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément la remise au travail proposée, elle a droit à 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 raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément le traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculée 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 par cet article, la victime a droit à l'indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail.

Art. 23bis

Sans préjudice des dispositions de l'article 39, 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, 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.

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.

Art. 24

Si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail dans le cas d'une incapacité temporaire de travail de plus de sept jours, l'entreprise d'assurances lui notifie cette décision selon les modalités définies par le Roi. Si l'incapacité temporaire de travail est de plus de trente jours, la décision de l'entreprise d'assurances de déclarer la victime guérie sans incapacité permanente de travail est justifiée par un certificat médical rédigé par le médecin consulté par la victime ou par le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances suivant le modèle déterminé par le Roi. Si la victime ne se présente pas devant le médecin-conseil de l'entreprise d'assurances sans avoir fait part d'un motif valable et après avoir été mise en demeure par l'entreprise d'assurances par lettre recommandée, l'entreprise d'assurances peut lui notifier sa décision de déclaration de guérison.

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 les 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 moins que 10%.

Si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, la victime peut prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et demi et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe. Le montant annuel de cette allocation complémentaire ne peut dépasser le montant dudit revenu minimum mensuel moyen garanti, multiplié par douze. Si l'utilisation d'un appareillage de prothèse ou d'orthopédie pris en charge par l'entreprise d'assurances et non prévu au moment du règlement de l'accident du travail a une incidence sur le degré de nécessité de l'assistance régulière d'une autre personne, ce taux peut être revu par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée, même après l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'entreprise d'assurances, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue.

À l'expiration du délai de révision prévu à l'article 72, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.

Art. 24bis

Pour les *accidents* survenus avant le 1^{er} janvier 1988, l'entreprise d'assurances ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa 7, que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de Fedris, dans un établissement hospitalier après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue, ceci à concurrence de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 24, alinéa 4, majorée de l'indexation ou de l'allocation pour cette prestation.

Pour les *accidents* survenus avant le 1^{er} janvier 1988, en cas de prise en charge par Fedris, après l'expiration du délai visé à l'article 72, d'un appareillage de prothèse ou d'orthopédie non prévu au moment du règlement de l'accident du travail dont l'utilisation a une incidence sur le degré de nécessité de l'assistance régulière d'une autre personne, le droit de la victime aux indexations et allocations à la charge de Fedris est calculé en fonction de cette incidence selon les conditions fixées par le Roi.

Art. 24ter

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.

Art. 25

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 aux articles 22, 23 et 23bis.

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 fixé à l'article 72, les indemnités ne sont dues qu'en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10%.

Art. 25bis

Pour les *accidents* survenus avant le 1^{er} janvier 1988, Fedris fixe et paie ces indemnités lorsque les aggravations temporaires visées à l'article 25, alinéa 3, se produisent après le délai fixé à l'article 72 en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10%.

Art. 25ter

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.

Art. 26

Si la victime a besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, la déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail fait l'objet d'un accord entre parties ou d'une décision coulée en force de chose jugée. Si l'*accident* a causé des dégâts aux appareils de prothèse ou d'orthopédie, la victime a droit aux frais de réparation ou de remplacement de ces appareils. Cette disposition est également d'application si l'*accident* n'a pas produit une lésion. Si la victime subit du fait du dommage visé à l'alinéa 1^{er} une incapacité temporaire de travail, elle a droit, pendant la période qui est nécessaire à la réparation ou au remplacement des appareils de prothèse et d'orthopédie, aux indemnités prévues aux articles 22 ou 23 et 23bis.

Art. 27

Pour les jours au cours desquels la victime interrompt son travail à la demande de l'entreprise d'assurances ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'*accident*, l'entreprise d'assurances doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement pro méritée par la victime. Pour l'application de la législation sociale, les jours d'interruption de travail sont assimilés à des jours de travail effectif.

L'alinéa 1^{er} est également d'application au Fedris.

Art. 27bis

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10% 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, § 1^{er}, 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% à moins de 16% et dont la valeur est versée en capital à Fedris 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 1^{er} janvier 1997, les allocations annuelles correspondant à un taux d'incapacité de travail de 10% à moins de 16% sont liées à l'indice des prix à la consommation jusqu'à la date du 1^{er} janvier 1997.

Par dérogation aux alinéas 1 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.

Art. 27ter

Pour les *accidents* survenus avant le 1^{er} janvier 1988, l'indexation, les adaptations et les allocations visées à l'article 27bis et pour les *accidents* visés à l'article 45quater les allocations fixées par le Roi sont à charge de Fedris.

Art. 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 de Fedris, 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. Le Roi fixe le montant et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale, ainsi que les conditions d'intervention de Fedris en faveur des personnes *ayant droit* à l'allocation spéciale en matière de prise en charge des périodes d'incapacité temporaire de travail, des frais inhérents aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'*accident*.

Art. 28

La victime a droit aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et, dans les conditions fixées par le Roi, aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'*accident*.

Art. 28bis

Pour les *accidents* survenus avant le 1er janvier 1988 les frais pour les soins visés à l'article 28, ne sont à charge de l'entreprise d'assurances que jusqu'à l'expiration du délai fixé à l'article 72. Passé ce délai, ils sont à charge de Fedris.

Pour les *accidents* survenus avant le 1er janvier 1988, le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie n'est à charge de l'entreprise d'assurances que jusqu'à la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord ou de la décision visée à l'article 24.

Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement et de la réparation des appareils est fixée par l'accord ou par la décision et est calculée de la manière fixée par le Roi.

Cette indemnité est versée par l'entreprise d'assurances à Fedris dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou de la décision visée à l'article 24.

Art. 29

La victime a le libre choix du dispensateur de soins, sauf lorsque les conditions suivantes sont remplies:

1° l'employeur a institué à sa charge un service médical agréé par le Roi ou s'est affilié auprès d'un service médical agréé. Le Roi détermine les conditions de création, de fonctionnement et d'affiliation;

2° l'employeur a désigné pour chaque type de soins fournis dans le service au moins trois dispensateurs de soins à qui la victime peut s'adresser, sauf pour ce qui est des premiers soins;

3° la création du service ou l'affiliation auprès du service, les noms des dispensateurs de soins et la délimitation géographique de l'obligation de s'adresser au service médical sont mentionnés dans le règlement de travail ou, en ce qui concerne les gens de mer, au rôle d'équipage;

4° les travailleurs sont consultés suivant les conditions fixées par le Roi;

5° la victime est liée par un contrat de travail à l'employeur au service duquel l'*accident* a eu lieu.

Lorsque la victime s'adresse à un dispensateur de soins autre que celui du service médical institué en vertu de l'alinéa 1er, les frais sont à la charge de l'entreprise d'assurances suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi.

Art. 31

Lorsque la victime a le libre choix du dispensateur de soins, les frais pour soins de santé sont remboursés suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi.

Art. 32

Au cours du traitement, l'entreprise d'assurances peut, dans le cas où la victime a le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement.

Au cours du traitement, la victime ou ses ayants droit peuvent, dans le cas où la victime n'a pas le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement.

Le médecin chargé de contrôler le traitement aura libre accès auprès de la victime pour autant qu'il en avertisse le médecin traitant.

Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime. Ils sont supportés à concurrence de 90% par l'entreprise d'assurances.

Art. 33

Dans les conditions fixées par le Roi, la victime, le conjoint, le cohabitant légal les enfants et les parents ont droit à l'indemnisation des frais de déplacement et de nuitée résultant de l'*accident*.

Art. 45

La victime et le conjoint et le cohabitant légal peuvent demander qu'un tiers au maximum de la valeur de la rente qui leur revient soit payé en capital.

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

[...]

Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime ou de l'*ayant droit* au premier jour du trimestre qui suit la décision du juge. A partir de cette date, des intérêts sont dus de plein droit sur ce capital.

Art. 49

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.

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an; cette durée doit être prolongée le cas échéant de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat du 1er janvier de l'année qui suit.

Sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an. La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

Par dérogation aux dispositions des alinéas 2 et 3, la durée peut être de trois ans pour les contrats d'assurance conclus avec des entreprises qui, au moment de la conclusion ou de la prolongation du contrat, emploient dix personnes ou plus ou qui font assurer une masse salariale de plus de dix fois la rémunération de base maximum telle que visée à l'article 39 de la présente loi.

Le Roi fixe les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance.

Dans le cas où l'entreprise d'assurances se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, le preneur d'assurance dispose du même droit.

Cette disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans, conclus 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 maximum visée à l'article 39.

L'entreprise d'assurances couvre 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, l'employeur conserve la possibilité d'assurer auprès des entreprises d'assurances distinctes le personnel de différents sièges d'exploitation et tous les gens de maison à son service.

L'employeur qui pratique également des assurances contre les accidents du travail, doit souscrire l'assurance obligatoire contre les accidents du travail en faveur de ses travailleurs auprès d'une entreprise d'assurances avec laquelle il n'a aucun lien juridique ou commercial.

Art. 50

L'employeur qui n'a pas contracté une assurance est affilié d'office auprès de Fedris conformément aux dispositions fixées par le Roi après avis du Comité de gestion des accidents du travail.

Art. 69

L'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans. L'action en répétition d'indemnités indues se prescrit par trois ans.

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

L'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater, se prescrit trois ans après le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite. Pour les allocations accordées sur des indemnités afférentes à des périodes se situant avant le règlement de l'accident du travail par accord entériné ou par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée ou avant la révision visée à l'article 72, la prescription prend cours à la date de ce règlement ou de cette révision.

Les créances de Fedris à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4°, se prescrivent par cinq ans.

Art. 72

La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou de la nécessité de l'aide régulière d'une autre personne ou sur le décès de la victime 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 de la notification visée à l'article 24 ou de la date de l'accident si l'incapacité temporaire de travail ne dépasse pas sept jours et si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail.

La victime ou ses ayants droits 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'article 24. Dans ce cas, la demande visée à l'alinéa 1er peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de la décision visée à l'article 24.

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.

Accident

- Dans le cadre de l'Assurance légale Accidents du travail, de la Garantie Excédent Loi et du Salaire garanti : l'accident du travail ou sur le chemin du travail au sens de la Loi.
- Dans le cadre des autres garanties: l'événement soudain qui produit une lésion et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Accident professionnel

L'accident survenant dans le cours et par le fait de l'accomplissement d'une activité inhérente à l'entreprise ou à la profession du *preneur d'assurance*, y compris celui survenant sur le chemin du travail.

Accident de la vie privée

L'accident survenant en dehors de l'exercice de toute activité lucrative ou ne donnant pas droit au bénéfice de la Loi.

Amateur non rémunéré

La personne qui, pour son activité sportive, ne reçoit aucune rémunération ou avantage en nature.

S'il perçoit quand même une rémunération ou un avantage, celui-ci ne peut être supérieur au total des frais que ce sportif engage pour exercer son activité, avec un maximum de 500 EUR par an.

Assuré

La personne qui a été victime d'un accident.

Ayants droit

Les personnes qui, selon la Loi, peuvent bénéficier des indemnités en cas de décès de l'assuré.

Barème

Le barème F, tarif I, annexe à l'AR du 21.12.1971 pour la conversion des rentes viagères en capital en cas d'incapacité permanente ou de décès

Le barème F, tarif II, annexe à l'AR du 21.12.1971 pour la conversion de la rente temporaire en capital en cas de décès.

Bénéficiaires

- l'assuré;
- les ayants droit;
- la personne désignée en cette qualité aux conditions particulières;
- la personne qui justifie d'un intérêt d'assurance au jour du sinistre.

Compagnie

P&V Assurances S.C.R.L., Rue Royale 151, 1210 BRUXELLES, entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0058 pour pratiquer la branche "Accidents du travail".

Course

Epreuve de vitesse au cours de laquelle se déroule une compétition sur une distance à parcourir.

Compétition

Par compétition on entend la recherche simultanée par deux personnes ou plusieurs personnes d'un même résultat se caractérisant par le temps réalisé soit selon les points obtenus ou selon un classement.

Défi

L'action de défier quelqu'un, de le provoquer.

Drogue

Substance agissant sur les centres nerveux et dont l'usage détermine des perturbations de la personnalité et du comportement.

Etat psychique déficient

Trouble de l'état mental, c'est-à-dire trouble qui se rapporte à l'esprit, à l'intelligence, à l'affectivité ou au comportement.

Frais de traitement

Dans le cadre des garanties complémentaires, les frais médicalement nécessaires (en médecine ambulatoire et/ou en milieu hospitalier) dispensés et prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer seront pris en charge selon les prestations de la nomenclature et des tarifs INAMI.

D'autre part, sont également compris dans le montant assuré, les frais de chiropractie et d'ostéopathie à concurrence du tarif I.N.A.M.I. mais limités à 500 EUR par sinistre et par personne.

Loi

La Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que toutes ses extensions, modifications et arrêtés d'exécution.

Pari

La convention entre deux parties qui affirment des thèses différentes ou contraires et par laquelle celle qui dit vrai recevra quelque chose, une somme fixée à l'avance.

Partenaire cohabitant

Par partenaire cohabitant on entend : la personne qui, au moment de l'accident du travail ou sur le chemin du travail, soit cohabitait légalement au sens de l'article 1475 du Code civil avec l'assuré, soit prouve par l'inscription dans le registre de la population qu'elle cohabite avec l'assuré depuis plus de 1 an dans une relation comparable à celles des personnes mariées, mais sans qu'elles soient mariées ou aient effectué une déclaration de cohabitation légale.

Plafond contractuel

Le montant maximum, agréé entre le preneur d'assurance et la compagnie, qui sera pris en considération tant pour le calcul de la prime que des indemnités.

Plafond légal

Le montant du maximum légal indexé, comme prévu par l'article 39 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Rémunérations

Les rémunérations telles que définies par la Loi ou les rémunérations conventionnelles mentionnées aux conditions particulières.

Rémunération quotidienne moyenne

Est égale à la rémunération de base divisée par 365 (art. 40 de la Loi) . Cette même notion est aussi appliquée lorsque la garantie est basée sur une rémunération conventionnelle qui est à considérer comme étant équivalente à la rémunération de base.

Témérité

La personne a conscience d'un danger qu'elle affronte néanmoins sans nécessité.

Télétravailleur

Toute personne qui effectue du télétravail tel que définie ci-dessus (cfr télétravail).

Télétravail

Le télétravail structurel tel que définie par la convention collective n°85 et les conventions collectives modificatives ultérieures, ainsi que le télétravail occasionnel tel que définie à l'article 23, 1°, de la loi du 5 mars 2017 concernant le travail faisable et maniable

Travailleur à domicile

Est une personne ne bénéficiant pas de statut de télétravailleur et qui tombe sous l'application d'un contrat de travail en conformité avec le Titre VI de la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail.

Travailleur autorisé à prester à domicile ou à résidence

Est une personne ne bénéficiant pas du statut de télétravailleur ni de travailleur à domicile qui reçoit l'autorisation expresse ou tacite de son employeur à prester ponctuellement à domicile ou à résidence contre rémunération. Ce travailleur exerce sous contrat de travail selon la loi du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail.

**Troubles civils**

Sont ceux qui émanent de la population civile, soit que différentes forces, travaillées par des courants contraires, s'opposent, soit que les civils affrontent les forces de police.

DISPOSITIONS LÉGALES

Union Européenne : Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679

Les données à caractère personnel qui sont recueillies sont traitées par votre compagnie d'assurances, P&V Assurances SCRL, 1210 Bruxelles – Rue Royale 151-153, en sa qualité de responsable du traitement.

Les données personnelles sont traitées en vue des finalités suivantes : assurer les dommages corporels en cas d'*accident* de travail ou d'*accident* dans le cadre de la vie privée ; réaliser l'analyse de risque ; gérer le contrat, les primes et les indemnités, en particulier constater et évaluer le dommage corporel encouru par l'*assuré*. Elles sont également traitées pour la gestion des conflits, la réassurance, la détection et la prévention de la fraude, le traitement à des fins statistiques ainsi que pour exécuter correctement toutes les obligations légales et prudentielles.

En notre qualité d'assureur, nous devons, dans certaines circonstances, communiquer certaines données personnelles à des experts (internes ou externes) en dommages corporels ou matériels ainsi qu'à d'autres tiers concernés (par exemple une entreprise de coassurance ou de réassurance, un avocat, ou un service public compétent comme le Fedris). Cela se passe toujours dans le contexte décrit ci-dessus.

La base juridique du traitement de ces données personnelles est constituée par le contrat d'assurance ainsi que par l'obligation qui en découle pour l'assureur d'indemniser les victimes de dommages corporels. Le traitement se fonde en outre sur l'intérêt légitime de l'assureur de prévenir la fraude à l'assurance et d'élaborer des statistiques.

Sauf dans les cas visés à l'article 9.2.b) du Règlement 2016/679 (*conséquences d'un accident du travail ou sur le chemin du travail*) les données relatives à la santé ne sont traitées qu'après l'accord explicite de la personne concernée. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque ce consentement est retiré, il ne nous est plus possible, en tant qu'assureur, de garantir une gestion professionnelle. Les dites données relatives à la santé sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

En notre qualité de responsable de traitement, nous conservons les données traitées pendant le temps nécessaire pour atteindre les finalités.

Vous, ainsi que toutes les personnes concernées, pouvez prendre connaissance des données et, le cas échéant, les faire rectifier au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée à notre département Compliance (Compliance@pvgroup.be). Lesdites personnes peuvent en outre, selon les mêmes modalités, et dans les limites prévues par le Règlement général sur la protection des données, s'opposer au traitement de données ou demander la limitation de celui-ci. Elles peuvent aussi demander l'effacement ou la portabilité des données les concernant.

Une réclamation peut, le cas échéant, être introduite auprès de l'autorité de protection des données.

Datassur

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la *compagnie* entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du groupe d'intérêt économique Datassur, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

Le *preneur d'assurance* donne par la présente son consentement à la communication par l'entreprise d'assurances P&V Assurances SCRL au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit de s'adresser à Datassur afin de vérifier les données la concernant et d'en obtenir, le cas échéant, la rectification. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, service fichiers, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Plaintes

Pour toute plainte relative à ce contrat, le *preneur d'assurance* peut s'adresser:

- En première instance: au service Gestion des Plaintes de VIVIUM, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tel : 02/250.90.60, E-mail: plainte@vivium.be
- En appel : à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as.

Cette possibilité n'exclut pas celle d'entamer une procédure judiciaire.