

ACCIDENTS DU TRAVAIL GENS DE MAISON

[Loi 10.4.1971]

Conditions Générales

La durée du contrat est fixée aux conditions particulières. Elle ne peut excéder un an. A chaque échéance annuelle, le contrat est reconduit tacitement pour des périodes consécutives d'un an. Vous pouvez résilier le contrat à la fin de la période en cours au moins 3 mois avant l'échéance annuelle. La notification de la résiliation se fait soit par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier, soit par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.



GENERALI BELGIUM
Compagnie d'assurances

Société Anonyme - Capital Social 40.000.000,00 EUR - N° entreprise 0403.262.553 - RPM Bruxelles
Tour Louise, Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles - Tél. (02) 403 87 00 - Téléfax (02) 403 88 99
Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145 (AR du 04/07/1979 - MB du 14/07/1979)

Préface

Notre contrat se présente en 2 parties.

Sous le titre A, vous trouverez tous les renseignements d'ordre général concernant votre assurance «Accidents du travail - Gens de maison».

Vous y trouverez la réponse aux questions suivantes :

- Que garantit cette assurance ?
- Qui sont les personnes assurées ?
- Que ne garantit pas cette assurance ?
- Où l'assurance est-elle valable ?
- Que devez-vous faire en cas de sinistre ?

Sous le titre B, vous trouverez tous les renseignements concernant les dispositions administratives applicables à votre assurance «Accidents du travail - Gens de maison».

Vous y trouverez la réponse aux questions suivantes :

- Quand le contrat prend-il effet et quelle est la durée de celui-ci ?
- Dans quels cas pouvez-vous résilier le contrat ?
- Dans quels cas pouvons-nous résilier le contrat ?
- Quelles sont les formalités à respecter lors de la résiliation et quand celle-ci prend-elle effet ?
- Que devez-vous déclarer lors de la conclusion et en cours de contrat ?
- Quelles sont les conséquences d'une déclaration inexacte ?
- Quand devez-vous payer la prime ?
- Que se passe-t-il si vous ne payez pas la prime ?

Nous avons fait en sorte de rendre le texte le plus lisible possible mais nous sommes conscients qu'il s'agit d'une matière difficile.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter votre courtier.

Nous vous remercions pour votre confiance.

GENERALI BELGIUM

Table de matières

Pages

TITRE A : ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL - GENS DE MAISON

CHAPITRE 1 - LE CONTRAT D'ASSURANCE

Article A1 Les parties au contrat d'assurance 7

CHAPITRE 2 - ETENDUE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Article A2 Que garantit ce contrat d'assurance ? 8

Article A3 Qui sont les personnes assurées ? 8

Article A4 Les membres de la famille du preneur d'assurance sont-ils assurés ? 9

Article A5 Le personnel habitant 9

Article A6 Que ne garantit pas ce contrat d'assurance ? 9

Article A7 Où le contrat d'assurance est-il valable ? 9

CHAPITRE 3 - EN CAS DE SINISTRE

Article A8 La déclaration d'un accident du travail 10

TITRE B : DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

CHAPITRE 1 - LA VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Article B1 La prise d'effet du contrat d'assurance 11

Article B2 La durée du contrat d'assurance 11

Article B3 La non-occupation de personnel 11

Article B4 La fin du contrat d'assurance 11

Article B5 La procédure de résiliation 12

Article B6 Le décès du preneur d'assurance 13

Article B7 Le crédit de prime 13

CHAPITRE 2 - DESCRIPTION DU RISQUE

Article B8 Votre devoir de déclaration 14

CHAPITRE 3 - LA PRIME

Article B9 Le calcul de la prime 16

Article B10 Le paiement de la prime 16

Article B11 Les sanctions en cas de non-paiement de la prime 16

CHAPITRE 4 - DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES DIVERSES

Article B12 Les documents constitutifs du contrat d'assurance 17

Article B13 Le domicile des parties 17

Article B14	La pluralité des preneurs d'assurance	17
Article B15	La modification des conditions d'assurance et des tarifs	17

EXTRAITS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Article 6		18
Article 10		18
Article 11		18
Article 12		18
Article 13		18
Article 14		19
Article 15		19
Article 16		19
Article 17		20
Article 18		20
Article 19		20
Article 20		20
Article 20bis		20
Article 21		20
Article 22		20
Article 23		21
Article 23bis		21
Article 24		21
Article 24bis		22
Article 24ter		22
Article 25		22
Article 25bis		22
Article 26		23
Article 27		23
Article 27bis		23
Article 27ter		23
Article 27quater		23
Article 28		24
Article 28bis		24
Article 29		24
Article 30		24
Article 31		25
Article 32		25
Article 33		25
Article 45		25
Article 45bis		25
Article 45ter		25
Article 45quater		25
Article 49		26
Article 50		27
Article 69		27
Article 72		27

Chapitre 1

Le contrat d'assurance

Article A1

LES PARTIES AU CONTRAT D'ASSURANCE

Pour l'application de ce contrat d'assurance, on entend par :

Nous

Generali Belgium SA, entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145, établie Avenue Louise, 149 à 1050 Bruxelles.

Vous

Le preneur d'assurance qui souscrit le contrat d'assurance en sa qualité d'employeur assujetti à la loi.

Chapitre 2

Etendue du contrat d'assurance

Article A2

QUE GARANTIT CE CONTRAT D'ASSURANCE ?

Nous garantissons toutes les indemnités déterminées par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que toutes ses extensions, modifications et mesures d'exécution, pour tout accident du travail ou accident sur le chemin du travail dont sont victimes les personnes assurées, mentionnées à l'article A3.

La garantie vaut pour tout accident du travail qui se produit pendant la durée de ce contrat d'assurance nonobstant toute exception, nullité ou déchéance résultant de la loi ou du contrat d'assurance.

Article A3

QUI SONT LES PERSONNES ASSUREES ?

A3.1 LE PERSONNEL EMPLOYE REGULIEREMENT

La garantie vaut pour toute personne que vous avez recrutée afin d'effectuer certaines tâches contre rémunération et sous votre autorité pour vos besoins privés et ceux de votre ménage dans votre résidence principale ou secondaire et ce, peu importe le nombre de travailleur(s), leurs salaires, la fréquence et la durée de leurs prestations.

Sous le terme «ménage», nous comprenons vous-même ainsi que les personnes vivant habituellement à votre foyer, y compris vos enfants et/ou ceux de votre conjoint(e) ou partenaire cohabitant(e) résidant ailleurs, et qui n'ont pas fondé leur propre famille et pour autant qu'ils soient exclusivement entretenus par vous et/ou votre (sa) conjoint(e) ou partenaire cohabitant(e).

Suivant la nature de la tâche effectuée, la distinction suivante peut être réalisée sous le terme **gens de maison** :

- ils effectuent principalement des travaux ménagers d'ordre manuel (exemples : femme d'ouvrage, gardienne d'enfant, aide-cuisinier) ;
- ils effectuent principalement des travaux manuels de type non-ménager (exemples : jardinier, homme à tout faire, concierge) ;
- ils effectuent principalement un travail intellectuel (exemples : baby-sitter, aide-malade).

Les travaux d'ordre manuel ne comprennent pas les activités qui de par leur importance, l'exposition à un danger ou leur spécificité ne sont effectuées normalement que par des artisans qualifiés.

Le personnel de maison mentionné ci-dessus peut également, à côté de ses prestations habituelles, effectuer des prestations de même nature à titre accessoire dans les locaux, situés à votre adresse privée, que vous utilisez pour l'exercice de votre activité professionnelle.

A3.2 LE PERSONNEL D'APPOINT EMPLOYE TEMPORAIREMENT ET OCCASIONNELLEMENT

La garantie vaut également en cas d'occupation occasionnelle de personnel (personnel d'appoint ou de remplacement) employé lors de certaines circonstances particulières, telles que le baby-sitting occasionnel, le grand nettoyage, les fêtes familiales, les réceptions, les vacances annuelles.

A3.3 LES TRAVAUX PRIVES OCCASIONNELS AU BATIMENT

La garantie vaut également pour les travaux privés occasionnels de courte durée au bâtiment ou partie de celui-ci affecté exclusivement à votre résidence principale ou secondaire à condition que :

- la durée de ces activités ne dépassent pas 7 jours ouvrables par année d'assurance ;
- qu'elles ne constituent pas un risque aggravé.

Sous le terme «risque aggravé», nous comprenons les grands travaux d'entretien, de rénovation ou de réparation. Pareilles activités requièrent en effet une expérience spécifique et/ou du matériel professionnel qui font que normalement elles sont effectuées par des artisans indépendants qui ne travaillent pas sous votre autorité.

Article A4

LES MEMBRES DE LA FAMILLE DU PRENEUR D'ASSURANCE SONT-ILS ASSURES ?

Si vous employez des membres de votre famille, ceux-ci doivent expressément être mentionnés nominativement dans les conditions particulières.

Article A5

LE PERSONNEL HABITANT

Si vous employez du personnel de maison logeant chez vous, ce contrat d'assurance prévoit également la garantie extra-légale accessoire pour le paiement des indemnités fixées forfaitairement en cas d'accident corporel dont ce personnel de maison est victime dans le cadre de sa vie privée. Le terme «vie privée» doit être compris comme toute activité en dehors de toute occupation professionnelle et en dehors du chemin du travail.

Cette garantie extra-légale ne peut être obtenue que si celle-ci est expressément mentionnée dans les conditions particulières de ce contrat d'assurance et à condition de payer une surprime par personne que vous logez.

Article A6

QUE NE GARANTIT PAS CE CONTRAT D'ASSURANCE ?

A6.1 QUELLES PERSONNES NE SONT PAS ASSUREES ?

La garantie n'est pas valable pour :

- les personnes au service de personnes morales, d'associations de fait ou de groupements de personnes physiques tels que les associations de copropriétaires ;
- les domestiques et servantes de ferme ;
- le personnel aidant non-rémunéré ;
- les personnes ayant le statut d'indépendant.

A6.2 QUELLES PRESTATIONS NE SONT PAS ASSUREES ?

La garantie n'est pas valable pour les prestations suivantes qui constituent un «risque aggravé» tel que déterminé à l'article 3.3.

Sont considérés dans tous les cas comme un «risque aggravé» :

- les travaux sur toitures ;
- l'abattage d'arbres ;
- les travaux effectués à une hauteur de plus de 5 mètres.

Article A7

OU LE CONTRAT D'ASSURANCE EST-IL VALABLE ?

La garantie est acquise dans le monde entier pour autant qu'au moment de l'accident, vous ayez votre domicile ou votre résidence principale en Belgique et que la législation belge soit ou reste d'application conformément aux accords internationaux.

Chapitre 3

En cas de sinistre

Article A8

LA DECLARATION D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Vous devez :

- nous déclarer par écrit dans les délais et dans la forme prescrits par la loi, tout accident du travail pouvant donner lieu à l'application de la loi. Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration. En tout cas, ce certificat doit nous être envoyé dans les plus brefs délais. Nous mettons à votre disposition les formulaires à utiliser ;
- nous fournir sans retard tous les renseignements utiles et répondre aux demandes qui vous sont faites afin de déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre ;
- recevoir chez vous nos délégués chargés d'enquêter sur les circonstances de l'accident et leur permettre à cette fin, notamment d'interroger tout membre du personnel. Ce droit peut être exercé même après la cessation du contrat d'assurance ;
- nous transmettre tous les documents judiciaires et extra-judiciaires relatifs à l'accident, dès leur modification, leur signification ou leur remise ;
- vous abstenir de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis des bénéficiaires que vis-à-vis du tiers responsable de l'accident. Vous ne pouvez transiger avec les tiers responsables de l'accident que si nous vous donnons notre accord au préalable. A défaut d'accord, tous vos actes, initiatives ou transactions ne nous sont pas opposables ;
- nous avertir dès que vous avez pris connaissance que vous serez poursuivi. Nous ne sommes pas tenu de suivre le procès devant les juridictions répressives ni de prendre à notre charge les peines ou frais en résultant.

Si vous ne remplissez pas une des obligations précitées et qu'il en résulte un préjudice pour nous, nous pouvons exercer contre vous une action en remboursement de notre prestation à concurrence du préjudice que nous avons subi.

Si, dans une intention frauduleuse, vous n'avez pas exécuté une des obligations précitées, l'action en remboursement porte sur la totalité de nos prestations. Dans ce cas, nous pouvons résilier le contrat d'assurance conformément à l'article B4.4 g).

TITRE B : DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Chapitre 1

La vie du contrat d'assurance

Article B1

LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières.

Article B2

LA DUREE DU CONTRAT D'ASSURANCE

La durée du contrat d'assurance est fixée dans les conditions particulières. Celle-ci ne peut excéder un an.

Cette durée doit être prolongée, le cas échéant, de la période qui sépare la date de prise d'effet de ce contrat d'assurance du 1^{er} janvier de l'année qui suit.

A chaque échéance annuelle, le contrat d'assurance est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an.

Article B3

LA NON-OCCUPATION DE PERSONNEL

Lorsque vous n'employez plus de personnes assujetties à la loi, vous devez nous en aviser par écrit sans délai en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité desdites personnes.

Nous annulons le contrat d'assurance par avenant à la date où nous avons connaissance du fait que vous n'occupez plus de personnel ou, si nous en sommes avisés en temps utile, au plus tôt à la date à laquelle vous n'occuperez plus de personnel.

Article B4

LA FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

B4.1 LEGISLATION APPLICABLE

Les dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre sont d'application en ce qui concerne les conditions, modalités et délais suivant lesquels il est mis fin au contrat d'assurance aussi bien par vous que par nous dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi.

B4.2 RESILIATION DE PLEIN DROIT

Le contrat d'assurance est résilié de plein droit à la date où nous ne sommes plus autorisés à exercer la branche «Accidents du travail».

B4.3 RESILIATION PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Vous pouvez résilier le contrat d'assurance :

- a) à la fin de la période en cours, au moins 3 mois avant l'échéance annuelle ;
- b) lorsque nous résilions une ou plusieurs garanties, au plus tard 1 mois après l'envoi de notre lettre de résiliation ;
- c) en cas de diminution sensible et durable du risque, si vous n'êtes pas d'accord avec le montant de la nouvelle prime endéans un délai d'un mois à compter de votre demande ;
- d) en cas de communication d'une modification des conditions générales et/ou tarifaires d'assurance conformément à l'article B15.1. Vous devez résilier le contrat d'assurance au moins trois mois avant l'échéance annuelle du contrat d'assurance. La résiliation entre en vigueur à l'échéance annuelle de ce contrat d'assurance ;

- e) endéans les trois mois suivant la communication d'une modification des conditions générales et/ou tarifaires d'assurance conformément à l'article B15.2. La résiliation entre en vigueur à l'expiration d'un mois à compter du lendemain du dépôt à la poste de votre lettre recommandée ;
- f) en cas de faillite ou de concordat de la compagnie.

B4.4 RESILIATION PAR LA COMPAGNIE

Nous pouvons résilier le contrat d'assurance :

- a) à la fin de la période en cours, au moins 3 mois avant l'échéance annuelle ;
- b) en cas de non-paiement de la prime, aux conditions fixées par la loi figurant dans la lettre de mise en demeure que nous vous adressons ;
- c) en cas d'omission volontaire ou d'inexactitude volontaire dans la communication des données concernant la description du risque aussi bien lors de la conclusion du contrat d'assurance qu'au cours de celui-ci ;
- d) en cas d'aggravation sensible et durable du risque ;
- e) en cas de modification des dispositions légales ayant une incidence sur les garanties accordées par le contrat d'assurance ;
- f) dans les cas où nous pouvons introduire le recours prévu à l'article A8, §3 de ce contrat d'assurance ;
- g) en cas de déclaration de sinistre non-conforme aux dispositions de l'article A8 de ce contrat d'assurance.

B4.5 RESILIATION APRES SINISTRE

Vous, tout comme nous, pouvez résilier le contrat d'assurance suite à un sinistre. Cette résiliation doit être communiquée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou après le refus de paiement de l'indemnisation.

Cette résiliation n'entre en vigueur qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai ne puisse être inférieur à trois mois à compter du dépôt à la poste de la lettre recommandée dans laquelle la résiliation est signifiée.

Article B5

PROCEDURE DE RESILIATION

B5.1 FORME DE LA RESILIATION

La résiliation se fait exclusivement, tant par vous que par nous, par lettre recommandée à la poste.

B5.2 EFFET DE LA RESILIATION

Si nous résilions le contrat d'assurance dans les cas mentionnés à l'article B4.4, à l'exception des cas mentionnés aux points a) et b), cette résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois prenant cours le jour suivant celui où nous vous avons informé de la résiliation par lettre recommandée à la poste.

Cette procédure n'est pas valable en cas de non-paiement de la prime (article B4.4 b)). Dans ce cas, les dispositions de l'article B11 de ce contrat d'assurance sont d'application.

Lorsqu'il s'agit d'une résiliation à l'échéance prévue à l'article B4.3 a) et B4.4 a), celle-ci prend effet à l'échéance annuelle de ce contrat d'assurance.

Nous remboursons les primes ou cotisations payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article B7 de ce contrat d'assurance.

Article B6

DECES DU PRENEUR D'ASSURANCE

En cas de décès, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré peut résilier le contrat d'assurance dans les trois mois et quarante jours suivant le décès. Nous pouvons résilier ce contrat d'assurance dans les trois mois à dater du jour où nous avons eu connaissance du décès.

Article B7

CREDIT DE PRIME

B7.1 RESILIATION TOTALE

Lorsque le contrat d'assurance est résilié totalement pour quelque cause que ce soit, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation sont remboursées dans un délai de quinze jours à compter de la prise d'effet de la résiliation.

B7.2 RESILIATION PARTIELLE

En cas de résiliation partielle ou de toute autre diminution des prestations d'assurance, les dispositions de l'article B7.1 ne s'appliquent qu'à la partie de la prime correspondant à cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

Chapitre 2

Description du risque

Article B8

VOTRE DEVOIR DE DECLARATION

B8.1 QUE DEVEZ-VOUS NOUS DECLARER LORS DE LA CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE ET AU COURS DE CELUI-CI ?

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, vous devez nous déclarer précisément toutes les circonstances, dont vous avez connaissance et que vous devez raisonnablement considérer comme constituant pour nous des éléments d'appréciation du risque.

La garantie de ce contrat d'assurance est limitée à votre égard à l'activité décrite dans ce contrat et/ou dans ses avenants sur base de ladite déclaration.

Dans un délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance d'une omission ou d'une inexactitude dans votre déclaration du risque ou d'une aggravation de celui-ci, nous pouvons :

- a) proposer une modification du contrat d'assurance avec effet le jour où nous avons eu connaissance de cette omission ou inexactitude ;
- b) résilier le contrat d'assurance si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat d'assurance ou si, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition vous n'acceptez pas cette dernière, nous pouvons résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.

B8.2 AGGRAVATION DU RISQUE

Au cours du contrat d'assurance, vous avez l'obligation de déclarer les circonstances nouvelles ou les modifications de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance d'un accident assuré.

Dans un délai d'un mois à compter du jour où nous avons eu connaissance de l'aggravation, nous pouvons :

- a) proposer une modification du contrat d'assurance avec effet rétroactif au jour de l'aggravation ;
- b) résilier le contrat d'assurance si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque aggravé.

Si vous refusez la proposition de modification du contrat d'assurance ou si, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition vous n'acceptez pas cette dernière, nous pouvons résilier le contrat d'assurance dans les quinze jours.

B8.3 QUE SE PASSE-T-IL SI UN SINISTRE SURVIENT AVANT QUE LE CONTRAT D'ASSURANCE N'AIT ETE MODIFIE ?

- a) Si vous avez rempli l'obligation mentionnée à l'article B8.1 et B8.2 et qu'un sinistre survient avant que le contrat d'assurance n'ait été modifié ou que la résiliation ait pris effet, nous allouons les prestations déterminées par la loi.
- b) Si vous n'avez pas rempli l'obligation mentionnée à l'article B8.1 et B8.2 et si un sinistre survient, nous allouons les prestations déterminées par la loi à condition que le défaut de déclaration ne puisse vous être imputable. Si cette omission peut vous être imputable, nous disposons d'une action en remboursement de nos prestations selon le rapport entre l'insuffisance de prime ou de cotisation et la prime ou cotisation totale que vous auriez dû payer si vous aviez correctement déclaré le risque.
- c) Si nous apportons la preuve que nous n'aurions en aucun cas assuré le risque dont la nature

réelle est révélée par le sinistre, l'action en remboursement porte sur la totalité de nos prestations sous déduction de la totalité des primes payées.

B8.4 QUELLES SONT LES CONSEQUENCES D'UNE FRAUDE DANS LE DEVOIR DE COMMUNICATION ?

Si vous nous trompez lors de la conclusion ou au cours du contrat d'assurance, l'action en remboursement porte sur la totalité de nos prestations.

Nous pouvons garder la totalité des primes échues jusqu'au moment où nous avons eu connaissance de la tromperie à titre de dommages et intérêts.

B8.5 DIMINUTION DU RISQUE

Lorsque le risque de survenance de l'accident assuré a diminué de façon sensible et durable au point que, si cette diminution avait existé lors de la conclusion du contrat, nous aurions consenti l'assurance à d'autres conditions, nous vous accordons une diminution de prime à partir du jour où nous avons eu connaissance de la diminution du risque.

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

Chapitre 3

La prime

Article B9

LE CALCUL DE LA PRIME

La prime est forfaitaire et calculée en fonction du nombre de travailleurs assurés (article A3.1). Son montant par personne assurée est mentionné dans les conditions particulières et variera en fonction du plafond de base qui est fixé conformément à la loi. La prime est annuelle et payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article B10

LE PAIEMENT DE LA PRIME

La garantie ne prend effet qu'après le paiement de la première prime.

Les primes ultérieures sont payables aux échéances sur notre demande ou sur demande de toute personne désignée à cette fin dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

La prime comprend tous les impôts, taxes et charges, établis ou à établir.

Article B11

LES SANCTIONS EN CAS DE NON-PAIEMENT DE LA PRIME

Si la prime n'est pas payée à l'échéance, nous pouvons suspendre notre garantie ou résilier le contrat d'assurance à condition de vous avoir mis en demeure par lettre recommandée à la poste.

La suspension de garantie ou la résiliation du contrat d'assurance prennent effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de notre lettre recommandée à la poste. A dater de ce jour, votre prime sera majorée d'une somme forfaitaire à titre de frais administratifs.

Si la garantie a été suspendue, vous mettez fin à cette suspension en payant les primes échues augmentées s'il y a lieu des intérêts et frais, comme spécifié dans la dernière sommation ou décision judiciaire.

Lorsque nous avons suspendu notre garantie, nous pouvons encore résilier le contrat d'assurance si nous nous en sommes réservés le droit dans la mise en demeure visée ci-dessus. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne sommes pas réservés cette possibilité, la résiliation intervient après une nouvelle mise en demeure.

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte à notre droit de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que vous ayez été mis en demeure. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

En cas de suspension de garantie, nous disposons à votre encontre d'une action en remboursement de toute somme que nous aurons dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'article A2, §2 de ce contrat d'assurance.

Chapitre 4

Dispositions administratives diverses

Article B12

LES DOCUMENTS FORMANT LE CONTRAT D'ASSURANCE

- a) les **conditions générales** déterminent l'étendue de l'assurance et les obligations générales des parties ;
- b) les **conditions particulières** personnalisent le contrat d'assurance en l'adaptant à votre situation spécifique ;
- c) les **clauses particulières** font partie intégrante des conditions particulières qui, avec les conditions générales, forment le contrat d'assurance ;
- d) la **proposition d'assurance**.

Article B13

LE DOMICILE DES PARTIES

Nous établissons notre domicile en notre siège social : Tour Louise, Avenue Louise 149 à 1050 Bruxelles.

Vous établissez votre domicile à l'adresse que vous nous avez communiquée. Si vous changez de domicile, vous devez nous en avvertir par écrit, faute de quoi toute communication sera valablement faite au dernier domicile que nous connaissons.

Article B14

LA PLURALITE DES PRENEURS D'ASSURANCE

Les preneurs d'assurance signataires du contrat sont tenus solidairement et indivisiblement. Toute lettre ou communication que nous adressons à l'un d'eux est censée être faite à chacun d'eux.

Article B15

LA MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE ET DES TARIFS

B15.1 DECLARATION AU MOINS QUATRE MOIS AVANT L'ECHEANCE

Lorsque nous modifions les conditions d'assurance et les tarifs ou simplement les tarifs, nous vous notifions l'étendue de la modification au moins quatre mois avant l'échéance. Vous pouvez cependant résilier le contrat d'assurance conformément à l'article B4.3 d) de ce contrat d'assurance. Si vous ne résiliez pas le contrat d'assurance conformément à l'article mentionné ci-dessus, la modification entrera en vigueur à l'échéance annuelle du présent contrat d'assurance.

B15.2 DECLARATION MOINS DE QUATRE MOIS AVANT L'ECHEANCE

Si la notification de la modification survient moins de quatre mois avant l'échéance annuelle du présent contrat d'assurance, vous pouvez résilier le contrat d'assurance conformément à l'article B4.3 e) de ce même contrat. Si vous ne résiliez pas le contrat d'assurance conformément à l'article mentionné ci-dessus, la modification entrera en vigueur à partir du paiement de la prime suivante.

La possibilité de résiliation n'existe pas au cas où la modification du tarif ou des conditions d'assurance est la conséquence :

- d'une opération d'adaptation générale étant imposée par les autorités compétentes et étant uniforme dans son application pour toutes les compagnies d'assurance, ou
- de nouvelles dispositions légales ou d'une nouvelle législation ayant une incidence financière importante sur la compagnie.

Extraits de la loi sur les Accidents du Travail

Article 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.

Article 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.

Article 11

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

Article 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 ;
2. au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, à condition que :
 - a) le mariage contracté après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou,
 - b) un enfant soit issu du mariage ou,
 - c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints 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, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1er, sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

Article 13

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 puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.
2. Les enfants du conjoint 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 puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, si leur filiation est établie 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 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. L'établissement judiciaire de la filiation n'entre en ligne de compte pour l'application du présent article que dans la mesure où la procédure d'établissement de la filiation a été entamée avant la date du décès consécutif à l'accident du travail, sauf si l'enfant était conçu mais n'était pas encore né.
6. La rente accordée en application du § 2 et du § 3 aux enfants du conjoint 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.

Article 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.

Article 15

1. Le père et la mère de la victime, qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, 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 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.

L'établissement judiciaire de la filiation n'entre en ligne de compte pour l'application du présent article que dans la mesure où la procédure d'établissement de la filiation a été entamée avant la date du décès consécutif à l'accident du travail.

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 enfants bénéficiaires ;
 - b) 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint sans enfants bénéficiaires.

Article 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, 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 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.

Article 17

Les frères et soeurs 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.

Article 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 maximums 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 à 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.

Article 19

Les enfants, petit-enfants, frères et soeurs 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 soeurs 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.

Article 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et soeurs 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.

Article 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.

Article 21

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

Article 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 proméritee par la victime.

Article 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'assureur 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 équivalente à la différence entre sa rémunération avant l'accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail.

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

1. si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation ;
2. si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation ;
3. si, pour un motif valable, elle refuse 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, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans une profession provisoire qui lui est promise par écrit, suivant les modalités prévues au premier alinéa, pour le cas où elle suivrait le traitement.

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

Article 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, § 1 de la loi du 2 août 1971 précitée.

Article 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

ou l'incapacité présente le caractère de la permanence ; ce point de départ est constaté par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée.

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

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

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

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 91e jour d'hospitalisation ininterrompue.

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

Article 24bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'assureur ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa 6, que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un établissement hospitalier ou de soins après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 91e 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.

Article 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.

Article 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 %.

Article 25bis

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, le Fonds des Accidents du Travail 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 %.

Article 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 1er 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.

Article 27

Pour les jours au cours desquels la victime interrompt son travail à la demande de l'assureur ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'accident, l'assureur doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritee 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 1er est également d'application au Fonds des Accidents du Travail.

Article 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, 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 au Fonds des Accidents du Travail en application de l'article 45quater, alinéas trois et quatre.

Par dérogation à l'alinéa précédent, pour les accidents visés à l'article 45 quater, alinéas trois et quatre, antérieurs au 1er 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 1er janvier 1997.

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.

Article 27ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'indexation et les allocations visées à l'article 27bis sont à charge du Fonds des Accidents du Travail.

Article 27quater

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

Le Roi fixe le montant et les modalités d'octroi de l'allocation spéciale, ainsi que les conditions d'intervention du Fonds 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.

Article 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.

Article 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'assureur que jusqu'à l'expiration du délai fixé à l'article 72. Passé ce délai, ils sont à charge du Fonds des Accidents du Travail.

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie n'est à charge de l'assureur 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'assureur au Fonds des Accidents du Travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou de la décision visée à l'article 24.

Article 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.

Article 30

L'employeur ou l'assureur désignent trois médecins au moins en dehors du service médical, pharmaceutique ou hospitalier visé à l'article 29, à qui la victime peut s'adresser en vue d'assurer la continuation et la surveillance du traitement médical prescrit et appliqué originellement par ce service et d'assurer le contrôle de son incapacité de travail. Cette désignation peut être faite à titre temporaire ou occasionnel chaque fois que la victime réside hors de la région où le service médical, pharmaceutique et hospitalier ou le médecin agréé à titre permanent est installé.

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

1. l'employeur ou l'assureur négligent de désigner trois médecins ;
2. l'employeur ou l'assureur désignent des médecins qui sont établis hors de la région où la victime réside en vue de son rétablissement complet.

Le Roi détermine les limites de la région à prendre en considération pour l'application de la présente disposition.

Article 31

Lorsque la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien et du service hospitalier, les soins médicaux sont remboursés sur base du tarif fixé par le Roi.

Article 32

Au cours du traitement, l'assureur, dans le cas où la victime a le libre choix du médecin, du pharmacien et du service hospitalier et, dans le cas contraire, la victime ou les ayants droit peuvent désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Ce médecin aura libre accès auprès de la victime, le médecin traitant dûment prévenu.

Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime ou les ayants droit. Ils sont supportés pour 90 % par l'assureur.

Article 33

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

Article 45

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

Cette demande peut être 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.

Article 45bis

Sauf pour les accidents du travail visés aux articles 45ter et 45quater, si la rente, après l'expiration du délai de révision, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10 % la valeur de la rente viagère, diminuée conformément à l'article 24, alinéa 3, est payée à la victime, en capital, dans le mois qui suit l'expiration dudit délai.

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

Article 45ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, la valeur de la rente qui après l'expiration du délai visé à l'article 72, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10 %, est versée en capital au Fonds des Accidents du Travail conformément à l'article 51bis.

Dans ces cas, l'article 45, alinéa 1, n'est pas d'application.

Article 45quater

Pour les accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 dans le cas desquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % se fait, soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er janvier 1994, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée, à une date à partir du 1er janvier 1994, la valeur de l'allocation annuelle et de la rente est versée en capital au Fonds des accidents du travail, tel qu'il est prévu à l'article 51ter.

Ce règlement s'applique également aux accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er janvier 1994 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 % ou plus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa premier, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de moins de 10 %, soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10 % à moins de 16 % se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er janvier 1997, soit par une décision judiciaire passant en force de chose jugée à une date à partir du 1er janvier 1997, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liées, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en capital au Fonds des accidents du travail, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10 % ou de 16 % au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 10 % à moins de 16 % soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 16 % à 19 % inclus se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1er décembre 2003, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée à une date à partir du 1er décembre 2003, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liées, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en capital au Fonds des accidents du travail, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1er novembre 2003 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité de travail de moins de 16 % ou de 19 % inclus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 16 % à 19 % inclus soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

Dans ces cas, l'article 45, alinéa 1er, n'est pas d'application.

Article 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 d'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 agréée avec lequel il n'a aucun lien juridique ou commercial.

Article 50

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

Article 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 manoeuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes se prescrit toutefois par cinq ans.

Les créances du Fonds des accidents du travail à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4°, se prescrivent par cinq ans.

Article 72

La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux conséquences de l'accident, peut être introduit dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24 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 droit peuvent intenter une action en justice contre la décision de guérison sans incapacité permanente de travail dans les trois ans qui suivent la date de la notification visée à l'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.