



ACCIDENTS DU TRAVAIL

(Loi 10.4.1971)

Conditions Générales

Table de matières

	Page
Définitions	4
CHAPITRE I - OBJET ET ETENDUE DE LA GARANTIE	
Article 1	OBJET DE LA GARANTIE 6
Article 2	RISQUE ASSURE 6
Article 3	MODIFICATION DU RISQUE ASSURE 7
Article 4	ETENDUE TERRITORIALE 8
Article 5	DROIT DE VISITE DE L'ENTREPRISE ASSUREE 8
CHAPITRE II - DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE	
Article 6	PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE 9
Article 7	DUREE DU CONTRAT 9
Article 8	NON-OCCUPATION DE PERSONNEL 9
Article 9	CHANGEMENT DE PRENEUR D'ASSURANCE 9
Article 10	CESSATION ET RESILIATION DU CONTRAT 10
CHAPITRE III - PRIMES OU COTISATIONS	
Article 11	NATURE DE LA PRIME OU COTISATION 12
Article 12	CALCUL DE LA PRIME OU DE LA COTISATION 12
Article 13	PRIME OU COTISATION PROVISIONNELLE 12
Article 14	DECLARATION DES REMUNERATIONS 13
Article 15	DEFAUT DE DECLARATION DES REMUNERATIONS 13
Article 16	CONTROLE DE LA DECLARATION DES REMUNERATIONS 13
Article 17	MODALITES DE PAIEMENT DE LA PRIME OU COTISATION 14
Article 18	DEFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME OU COTISATION 14
Article 19	AUGMENTATION TARIFAIRE ET MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE 15
CHAPITRE IV - ACCIDENTS	
Article 20	DECLARATION 16
Article 21	PROCEDURE 16
Article 22	PREVENTION DES ACCIDENTS ET CONTROLE 16
CHAPITRE V - COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS	
Article 23	17
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES DIVERSES	
Article 24	PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE 18
Article 25	JURIDICTION 19
Article 26	LANGUE - TAAL 19
Article 27	DEVOIR D'ANALYSE 19
Article 28	CONFLITS D'INTÉRÊTS 19
Article 29	AUTORITÉ DE CONTRÔLE 19
Article 30	SANCTIONS INTERNATIONALES 19
Article 31	PLAINTE 20

EXTRAITS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

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

Conditions générales

Définitions

Pour l'interprétation du contrat, on entend par :

LA LOI :

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

L'ASSUREUR :

l'entreprise d'assurance, agréée conformément à la loi, auprès de laquelle le contrat est souscrit.

L'ACCIDENT :

l'accident du travail ou sur le chemin du travail.

LE PRENEUR D'ASSURANCE OU L'ASSURE :

l'employeur, personne physique ou morale, assujetti à la loi et qui souscrit le contrat. C'est la personne garantie par l'assurance contre les pertes patrimoniales.

LE BENEFICIAIRE :

la ou les personnes au profit desquelles le preneur d'assurance souscrit l'assurance en vertu de la loi.

Chapitre I

Objet et étendue de la garantie

Article 1

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur couvre tous les risques de survenance d'accidents pour tous les bénéficiaires et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par le preneur d'assurance.

Toutefois, la garantie du contrat est limitée aux bénéficiaires faisant partie de la catégorie de travailleurs ou du siège d'exploitation pour lequel le preneur d'assurance souscrit le contrat, conformément à l'article 49, alinéa 8 de la loi.

L'assureur garantit aux bénéficiaires, nonobstant toute exception, nullité ou déchéance dérivant de dispositions légales ou du contrat et cela jusqu'à ce que le contrat prenne fin, l'intégralité des indemnités fixées par la loi.

En aucun cas, le preneur d'assurance n'est garanti contre les condamnations de responsabilité civile de droit commun, ni contre le paiement des amendes qui, ayant le caractère de peines personnelles, ne peuvent être couvertes par l'assurance.

Article 2

RISQUE ASSURE

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque.

L'assurance est donc limitée à l'égard du preneur d'assurance à l'activité décrite dans le contrat ou dans ses avenants, sur la base de ladite déclaration.

Lorsqu'une omission ou une inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.

Lorsque l'assureur constate une omission ou une inexactitude non intentionnelles dans la déclaration, il propose dans le délai d'un mois à compter du jour où il en a eu connaissance la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de cette omission ou inexactitude.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat 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 quinze jours.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

Si un accident survient et que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée à l'alinéa 1, l'assureur est tenu d'allouer au bénéficiaire les prestations déterminées par la loi.

En ce cas néanmoins, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance, l'assureur dispose contre le preneur d'une action en remboursement de sa prestation selon le rapport entre l'insuffisance de prime ou de cotisation et la prime ou cotisation totale que le preneur aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le risque.

Dans l'hypothèse où l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, cette action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire sous déduction de la totalité des primes payées.

Si le preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire. Dans ce cas, les primes ou cotisations échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de la fraude, lui sont dues en outre à titre de dommages et intérêts.

Article 3

MODIFICATION DU RISQUE ASSURE

3.1. Diminution du risque

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'accident a diminué d'une façon sensible et durable au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, l'assureur aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celui-ci est tenu d'accorder une diminution de la prime ou cotisation à due concurrence à partir du jour où il a eu connaissance de la diminution du risque.

Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime ou cotisation nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution formée par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

3.2. Aggravation du risque

§ 1 Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer en cours de contrat, dans les conditions de l'article 2 alinéa 1 des conditions générales, les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'accident.

Le preneur d'assurance déclarera notamment tout risque nucléaire ou de guerre auquel le personnel de l'entreprise viendrait à être exposé.

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 au moment de la souscription, l'assureur n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, il doit, dans le 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 assuré 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 quinze jours.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, ne peut plus se prévaloir à l'avenir de l'aggravation du risque.

§ 2 Si un accident survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si le preneur d'assurance a rempli l'obligation de déclaration visée à l'article 3.2., § 1, l'assureur est tenu d'allouer les prestations déterminées par la loi.

§ 3 Si un accident survient et que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée à l'article 3.2., § 1, l'assureur est également tenu d'allouer les prestations déterminées par la loi. En ce cas néanmoins, l'assureur dispose contre le preneur d'assurance du même recours que celui prévu à l'article 2 des conditions générales.

Article 4

ETENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise dans le monde entier pour autant qu'au moment de l'accident la législation belge soit ou reste d'application conformément aux conventions internationales.

Article 5

DROIT DE VISITE DE L'ENTREPRISE ASSUREE

L'assureur se réserve le droit de vérifier l'état des lieux de travail et de l'outillage, les conditions d'exploitation et, d'une manière générale, tous les facteurs susceptibles d'influencer le risque.

Les délégués de l'assureur ont, dans ce but, libre accès au sein de l'entreprise.

A la demande de l'assureur, le preneur d'assurance est en outre tenu de lui communiquer une copie du rapport annuel du service de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail, établissant les taux de fréquence et de gravité des trois derniers exercices.

A défaut pour le preneur d'assurance de respecter ces obligations, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10, § 5.

L'assureur et ses délégués sont tenus à la plus totale discrétion.

Chapitre II

Durée et fin du contrat d'assurance

Article 6

PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie du contrat d'assurance prend effet aux date et heure fixées dans les conditions particulières.

En aucun cas, la garantie ne peut être accordée avec effet rétroactif.

Article 7

DUREE DU CONTRAT

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an.

Sauf si une des parties s'y oppose par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée au terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an.

Par dérogation aux précédents alinéas du présent article, 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 loi.

Quelle que soit la durée du contrat, 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.

Article 8

NON-OCCUPATION DE PERSONNEL

Lorsqu'un preneur d'assurance vient à ne plus employer de personnes assujetties à la loi, il en avise sans délai l'assureur en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité desdites personnes.

Sauf convention contraire, le contrat d'assurance est résilié par l'assureur par lettre recommandée, à la date où il en a connaissance, au plus tôt cependant 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 ce même assureur pour une période au moins égale à la période qui restait à courir.

L'assureur n'assure pas les travailleurs assujettis remis en activité avant la conclusion du nouveau contrat prévu à l'alinéa précédent.

Article 9

CHANGEMENT DE PRENEUR D'ASSURANCE

9.1. Décès du preneur d'assurance

En cas de transmission, à la suite du décès du preneur d'assurance, de l'intérêt assuré, les droits et obligations nés du contrat d'assurance sont transmis au nouveau titulaire de cet intérêt.

Toutefois, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré et l'assureur peuvent notifier la résiliation du contrat, le premier, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois et quarante jours du décès, le second, par lettre recommandée à la poste dans les trois mois du jour où il a eu connaissance du décès.

9.2. Faillite du preneur d'assurance

En cas de faillite du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers l'assureur du montant des primes ou cotisations à échoir à partir de la déclaration de faillite.

L'assureur et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat.

Toutefois, la résiliation du contrat par l'assureur ne peut se faire au plus tôt que trois mois après la déclaration de la faillite, tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat que dans les trois mois qui suivent la déclaration de la faillite.

9.3. Concordat judiciaire par abandon d'actif du preneur d'assurance

En cas de concordat judiciaire par abandon d'actif du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers aussi longtemps que les biens composant l'actif n'ont pas été entièrement réalisés par le liquidateur. Celui-ci et l'assureur peuvent toutefois mettre fin de commun accord au contrat d'assurance.

La prime ou cotisation est payée par le liquidateur et fait partie des déboursés prélevés par privilège sur les sommes à répartir entre les créanciers.

9.4. Autres hypothèses de changement de preneur d'assurance

En cas de maintien d'activité mais de changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que celles visées à l'article 9.1., 9.2. et 9.3., le preneur d'assurance, ses héritiers ou ayants cause s'engagent à faire continuer le contrat par leurs successeurs.

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

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

Article 10

CESSATION ET RESILIATION DU CONTRAT

§ 1 Le contrat s'achève de plein droit :

1. à la date de la cessation définitive des activités de l'entreprise ;
2. à la date à laquelle l'assureur cesse d'être agréé aux fins de la loi.

§ 2 La résiliation du contrat, tant par le preneur d'assurance que par l'assureur, se fait par lettre recommandée à la poste.

§ 3 Si le preneur d'assurance ou l'assureur veut éviter la reconduction tacite visée à l'article 7 des conditions générales, il résilie le contrat par lettre recommandée déposée à la poste au moins trois mois avant l'arrivée du terme du contrat.

§ 4 Le contrat peut être résilié par le preneur d'assurance en cas d'adaptation tarifaire ou de modification des conditions d'assurances suivant les modalités prévues à l'article 19 des conditions générales.

§ 5 L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat par lettre recommandée :

1. en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque, selon les conditions prévues à l'article 2 des conditions générales ;

2. en cas de modification sensible et durable du risque selon l'article 3 des conditions générales ;
3. en cas de non-occupation de personnel, selon l'article 8 des conditions générales ;
4. dans tous les cas de changement de preneur d'assurance visés à l'article 9 des conditions générales ;
5. lorsque le preneur d'assurance reste en défaut de paiement de primes ou cotisations, surprimes ou accessoires selon l'article 18 des conditions générales, ou en défaut de déclaration des rémunérations dans les délais fixés dans le contrat d'assurance selon l'article 15 des conditions générales ;
6. en cas de défaut grave de prévention selon l'article 22, alinéa 2, des conditions générales et sans préjudice des dispositions de cet article ;
7. dans les cas où l'assureur peut exercer le recours prévu à l'article 20 alinéa 4 des conditions générales ;
8. en cas de déclaration de sinistre non conforme aux dispositions de l'article 20 des conditions générales ;
9. dans les cas de non-respect des articles 5 et 16 organisant pour l'assureur un droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires.

§ 6 Dans tous les cas prévus au § 5, à l'exception du point 5, l'assureur reste tenu de la garantie du présent contrat jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois qui prend cours le jour suivant celui où l'assureur porte à la connaissance de l'employeur, par lettre recommandée à la poste, la résiliation du contrat. Dans le cas prévu au § 5,5., les délais repris à l'article 18 des conditions générales sont d'application.

L'assureur rembourse les primes ou cotisations payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation.

§ 7 L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un accident. Le preneur d'assurance dispose du même droit. Cette réciprocité 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.

La résiliation, au profit de l'assureur ou du preneur d'assurance, n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre recommandée à la poste. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement de l'indemnité.

§ 8 Les dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre sont applicables en ce qui concerne les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance par l'employeur ou par l'assureur dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi.

Chapitre III

Primes ou cotisations

Article 11

NATURE DE LA PRIME OU COTISATION

§ 1 La prime ou cotisation est forfaitaire ou fait l'objet d'un décompte à terme échu.

§ 2 La prime ou cotisation forfaitaire est fixée à la conclusion du contrat. Elle peut varier dans la même proportion que le plafond de la rémunération de base fixé conformément à la loi. Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 12

CALCUL DE LA PRIME OU DE LA COTISATION

Sauf stipulation particulière au contrat, la prime ou cotisation autre que forfaitaire est calculée sur la base des rémunérations des bénéficiaires.

Par rémunérations des bénéficiaires, on entend la rémunération brute sans aucune retenue, y compris tous les avantages. La rémunération ne peut en aucun cas être inférieure à la rémunération mensuelle moyenne minimum garantie ou à celle fixée par la convention conclue au niveau de l'entreprise ou par la 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 aux ouvriers à titre de pécule de vacances ne doivent pas être mentionnées sur la déclaration des rémunérations visée à l'article 14 des conditions générales. L'assureur leur substitue le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles.

Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives du salaire mais non payées directement par le preneur d'assurance sont, le cas échéant, déclarées sous forme de pourcentage.

Pour les membres du personnel âgés de moins de 18 ans et les apprentis, même non rémunérés, la prime ou cotisation 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 la rémunération des travailleurs majeurs.

Pour les personnes rémunérées au pourboire, la rémunération déclarée doit correspondre à la rémunération réelle, sans être inférieure à la rémunération forfaitaire prise en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque les rémunérations annuelles sont supérieures au plafond légal de la rémunération de base, elles ne sont prises en considération pour le calcul des primes ou cotisations, qu'à concurrence de ce maximum.

La prime ou cotisation est déterminée en multipliant le montant des rémunérations par le taux applicable à chacun des risques de l'entreprise.

Les primes ou cotisations même forfaitaires sont augmentées de tous impôts, taxes et redevances établis ou à établir sous une dénomination quelconque par quelque autorité que ce soit.

Article 13

PRIME OU COTISATION PROVISIONNELLE

Lorsque la prime ou cotisation fait l'objet d'un décompte à terme échu, une prime ou cotisation provisionnelle est payable anticipativement aux échéances indiquées aux conditions particulières et pour la première fois lors de la prise d'effet du contrat.

Sauf convention contraire, la prime ou cotisation provisionnelle doit être payée dans les trente jours qui suivent l'invitation à payer.

Cette prime ou cotisation est égale au montant de la prime ou cotisation estimée à terme échu, prévu aux conditions particulières. Elle est calculée sur les rémunérations payées par le preneur d'assurance dans l'année précédente ou, si son entreprise est de création récente, d'après une évaluation établie de commun accord.

La prime ou cotisation provisionnelle sera adaptée dès que la dernière prime ou cotisation définitive sera établie.

La prime ou cotisation provisionnelle est affectée au paiement de tout ou partie de la prime ou cotisation définitive.

Article 14

DECLARATION DES REMUNERATIONS

Les rémunérations sont déclarées à l'assureur par le preneur d'assurance ou son mandataire, de préférence au moyen de l'état de salaire qu'il lui adresse annuellement ou à l'expiration d'un délai plus court fixé dans les conditions particulières.

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

Article 15

DEFAUT DE DECLARATION DES REMUNERATIONS

Le défaut de déclaration des rémunérations permet, passé un délai de sommation par voie recommandée, l'établissement d'un décompte d'office de la prime ou cotisation calculée en majorant de 50 % les rémunérations qui ont servi de base au calcul de la prime ou cotisation précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, en majorant de 50 % les rémunérations déclarées à la conclusion du contrat.

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

A défaut pour le preneur d'assurance de respecter cette obligation, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10, § 5.

Article 16

CONTROLE DE LA DECLARATION DES REMUNERATIONS

L'assureur se réserve le droit de visiter l'entreprise assurée, de contrôler les déclarations du preneur d'assurance ou de son mandataire et même de se substituer à lui pour établir la déclaration des rémunérations.

A cet effet, le preneur d'assurance s'engage à mettre à la disposition de l'assureur ou de son délégué tous les documents et comptes individuels soumis au contrôle social ou fiscal ; l'assureur dispose de cette faculté pendant les trois ans qui suivent la fin du contrat.

A défaut pour le preneur d'assurance de respecter cette obligation, l'assureur pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 10, § 5.

Les personnes chargées de ce contrôle sont tenues à la plus totale discrétion.

Dans les cas où la déclaration des rémunérations comporterait des inexactitudes, l'assureur, tenu d'indemniser les bénéficiaires sur base de la rémunération telle que définie par la loi, dispose contre le preneur d'assurance du même recours que celui prévu à l'article 2 des conditions générales.

Article 17

MODALITES DE PAIEMENT DE LA PRIME OU COTISATION

La prime ou cotisation est quérable. L'envoi de la demande de paiement au preneur d'assurance équivaut à la présentation de la quittance à son domicile ou siège social.

La prime ou cotisation définitive est payable dans les 30 jours de l'invitation à payer.

A défaut d'être fait directement à l'assureur, est libératoire le paiement de la prime ou cotisation fait au producteur d'assurance porteur de la quittance établie par l'assureur.

A cet égard, la date qui fait foi est soit celle de délivrance de cette quittance, soit celle à laquelle l'un des comptes financiers de l'assureur ou du producteur mandaté aura été crédité.

Article 18

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME OU COTISATION

§ 1 Défaut de paiement de la prime ou cotisation

Le défaut de paiement de la prime ou cotisation à l'échéance peut donner lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure.

§ 2 Sommation de payer

La mise en demeure visée au § 1 est faite par lettre recommandée à la poste.

Elle comporte sommation de payer la prime ou cotisation dans le délai qu'elle fixe. Ce délai ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

La mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime ou cotisation ainsi que les conséquences du défaut de paiement dans le délai.

§ 3 Prise d'effet de la suspension de la garantie ou de la résiliation du contrat

La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat n'ont d'effet qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la 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, le paiement par le preneur d'assurance des primes ou cotisations échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts et frais, met fin à cette suspension.

L'assureur qui a suspendu son obligation de garantie peut résilier le contrat s'il s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure ; dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter du premier jour de la suspension.

Si l'assureur ne s'est pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant nouvelle sommation faite conformément aux dispositions reprises au § 2.

§ 4 Effet de la suspension à l'égard des primes ou cotisations à échoir

La suspension de la garantie ne porte pas atteinte au droit de l'assureur de réclamer les primes ou cotisations venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément au § 2. Dans ce cas, la mise en demeure rappelle la suspension de la garantie.

Le droit de l'assureur est toutefois limité aux primes ou cotisations afférentes à deux années consécutives.

§ 5 Tout retard de paiement de la prime ou cotisation, définitive ou provisionnelle, entraîne la déduction, à dater du jour de la mise en demeure dont question à l'alinéa premier, d'un intérêt de retard calculé sur base du taux d'escompte de la Banque Nationale majoré de 2 %.

§ 6 Tant que dure la suspension, le preneur d'assurance reste tenu de déclarer les rémunérations aux termes prévus par le contrat et l'assureur envoie les décomptes de primes ou cotisations.

§ 7 L'assureur dispose contre le preneur d'assurance en cas de suspension de la garantie d'une action en remboursement de toute somme qu'il aura dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'article 1, alinéa 3 des conditions générales.

Article 19

AUGMENTATION TARIFAIRE ET MODIFICATION DES CONDITIONS D'ASSURANCE

Si l'assureur augmente son tarif ou modifie les conditions d'assurance, il a le droit d'augmenter le tarif du présent contrat à partir de l'échéance annuelle suivante.

Toutefois, et sans préjudice des dispositions de l'article 3, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les 30 jours de la notification de l'augmentation ou de la modification. De ce fait, le contrat prend fin, au plus tôt, à l'échéance annuelle suivante, à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare de cette échéance la notification de l'augmentation ou de la modification. S'il n'en est pas ainsi, les effets du contrat se prolongent, au-delà de l'échéance annuelle, pendant le temps nécessaire pour parfaire le délai de trois mois.

La faculté de résiliation prévue au deuxième alinéa n'existe pas lorsque la majoration tarifaire ou la modification des conditions d'assurance résulte d'une disposition légale ou réglementaire.

Article 20

DECLARATION

Tout accident qui peut donner lieu à l'application de la loi est déclaré par écrit par le preneur d'assurance à l'assureur dans les délais et dans la forme prescrits par la loi.

Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration, sinon être adressé à l'assureur dans les plus brefs délais.

Les formulaires à utiliser sont mis à sa disposition par l'assureur.

Le preneur d'assurance doit fournir sans retard à l'assureur tous renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

Le preneur d'assurance est tenu d'admettre dans son entreprise les délégués de l'assureur chargés d'enquêter sur les circonstances des accidents et de leur permettre à cette fin, notamment, d'interroger tout membre du personnel.

Ce droit peut être exercé même après la cessation du contrat d'assurance.

Si le preneur d'assurance ne remplit pas une des obligations précitées et qu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, celui-ci peut exercer contre le preneur d'assurance une action en remboursement de sa prestation à concurrence du préjudice qu'il a subi.

Si, dans une intention frauduleuse, le preneur d'assurance n'a pas exécuté une des obligations précitées, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par l'assureur au bénéficiaire.

Dans les hypothèses prévues à l'alinéa 4, l'assureur peut résilier le contrat dans les conditions de l'article 10 § 5.

Article 21

PROCEDURE

La gestion des accidents et la gestion des litiges relatifs aux accidents reviennent exclusivement à l'assureur. En conséquence, le preneur d'assurance s'abstiendra 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. Le preneur d'assurance ne peut transiger avec les tiers responsables de l'accident que si l'assureur a donné son accord au préalable. A défaut d'accord, tous actes, initiatives ou transactions du preneur d'assurance ne sont pas opposables à l'assureur. L'assureur n'est pas tenu de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à sa charge les peines ou frais en résultant. Par contre, le preneur d'assurance est tenu d'en avertir l'assureur, dès qu'il sera poursuivi. Le preneur d'assurance doit transmettre à l'assureur tous actes judiciaires et extra-judiciaires relatifs à l'accident, dès leur modification, leur signification ou leur remise au preneur d'assurance, sous peine en cas de négligence de tous dommages et intérêts dus à l'assureur en réparation du préjudice qu'il a subi.

Article 22

PREVENTION DES ACCIDENTS ET CONTROLE

Le preneur d'assurance s'engage à prendre toutes les mesures adéquates à l'effet de prévenir les accidents, à tout le moins celles prévues par les dispositions réglementaires et contractuelles sur la protection, la sécurité et l'hygiène des lieux du travail.

Si le preneur d'assurance refuse d'apporter à un état de choses reconnu défectueux au regard des dispositions légales ou contractuelles les améliorations qui seraient prescrites, ou n'observe pas les règles générales en matière de sécurité, il pourra être soumis à une majoration de prime ou de cotisation de 15 %.

En ce cas, l'assureur peut également résilier le contrat dans les conditions de l'article 10 § 5.

Est considérée comme faute lourde au sens de l'article 8 de la loi du 25.06.1992 sur le contrat d'assurance terrestre, le manquement grave aux dispositions légales en matière de prévention ayant fait l'objet de la part de l'assureur d'une notification spécifique et préalable au preneur d'assurance.

En ce cas, l'assureur dispose contre le preneur d'assurance d'une action en remboursement sur la totalité des prestations effectuées aux bénéficiaires.

Chapitre V

Communications et notifications

Article 23

Pour être valables, les communications ou notifications destinées à l'assureur doivent être faites à son siège en Belgique, ou à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que l'assureur aurait ultérieurement notifiée.

Celles de l'assureur au preneur d'assurance sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que le preneur d'assurance aurait ultérieurement notifiée.

Article 24

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

1.1. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Toute personne dont nous récoltons ou enregistrons les données personnelles est informée des points ci-après, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel :

- a) La personne responsable du traitement des données est GENERALI BELGIUM, dont le siège est sis au 149 de l'Avenue Louise, à 1050 Bruxelles;
- b) Le traitement des données personnelles a pour but de vous identifier, les assurés et les bénéficiaires, dans le cadre de la gestion des contrats, y compris pour la gestion des assurances, des coûts, des indemnisations et des éventuels litiges. Les données personnelles sont en outre récoltées à des fins statistiques et dans le but de les analyser en vue de l'évaluation et de l'optimisation de nos services aux clients;
- c) Vos données personnelles sont aussi utilisées pour vous tenir informé de nos nouveaux produits et services (marketing direct);
- d) En aucun cas vos données personnelles ne sont communiquées à des tiers, sauf en cas de nécessité pour notre service. Dans un tel cas, la personne concernée en sera informée au préalable et son accord devra être obtenu, sauf si ce n'est pas obligatoire ou autorisé par la loi (dans le strict respect des dispositions légales);
- e) Toute personne qui apporte la preuve de son identité (par exemple en présentant une copie de la face avant de sa carte d'identité) a le droit de consulter les données la concernant qui sont enregistrées dans nos bases de données. Dans l'hypothèse où ces données sont incorrectes, elle a aussi le droit d'en requérir la correction. Enfin, vous avez le droit de vous opposer gratuitement au traitement de vos données personnelles à des fins de marketing direct.

Pour exercer ces droits, la personne concernée est invitée à adresser une requête datée et signée au service Compliance de Generali Belgium, à l'adresse postale susmentionnée ou via Compliance.compliance@generalib.be.

Pour toute question complémentaire sur le traitement des données personnelles, vous pouvez également vous adresser à Generali Belgium par ce biais. En outre, la personne concernée peut consulter via Internet le registre public pour le traitement des données personnelles dont la gestion est assurée par la Commission de Protection de la Vie privée.

1.2. TRAITEMENT DES DONNÉES MÉDICALES ET/OU D'AUTRES DONNÉES CONFIDENTIELLES

Par la présente, vous nous donnez l'autorisation de traiter vos données médicales et autres données confidentielles, dans la mesure nécessaire, aux fins mentionnées dans le présent contrat. Ce traitement nous permet d'évaluer les demandes d'assistance. Les données médicales et autres données confidentielles sont toujours traitées sous la supervision d'un professionnel de la santé. La liste des catégories de personnes qui ont accès aux données personnelles peut être consultée à l'adresse mentionnée à l'article 1.1 ou par e-mail à l'adresse customerdatacontrol@europ-assistance.be.

1.3. ACCORD DES ASSURÉS ET BÉNÉFICIAIRES

Vous, qui agissez au nom et pour le compte des assurés et/ou bénéficiaires, garantisiez avoir reçu l'autorisation de ces personnes en vue du traitement de leurs données personnelles dans le cadre du présent contrat. Pour notre part, nous nous engageons à fournir aux assurés et/ou bénéficiaires les informations nécessaires, comme indiqué à l'article 1.1 du présent contrat.

Article 25

JURIDICTION

Seuls les tribunaux et cours belges sont habilités à connaître des *litiges* découlant du présent contrat.

Article 26

LANGUE – TAAL

La communication ainsi que l'envoi des documents contractuels et précontractuels peuvent se faire en néerlandais, à la demande du client.

De mededeling en het verzenden van de contractuele en precontractuele documenten kunnen in het Nederlands op verzoek van de klant gebeuren.

Article 27

DEVOIR D'ANALYSE

Préalablement à la souscription du produit, une analyse de vos besoins doit être effectuée afin de s'assurer que le produit en question rencontre vos attentes.

Nous attirons votre attention sur le fait que toute modification substantielle ultérieure de vos conditions ou de ces informations doit être rapportée à l'assureur ou à votre intermédiaire pour mise à jour de votre dossier.

Article 28

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Conformément à la législation MiFID, les résumés des politiques de rémunération et de gestion des conflits d'intérêts de Generali Belgium sont disponibles sur le site web de l'entreprise www.generali.be.

La version complète ainsi que toute information complémentaire sur ces politiques peuvent être obtenues à la demande par le client.

Article 29

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La FSMA (Financial Services and Markets Authority), autorité de surveillance des services et marchés financiers est sise rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles.

Article 30

SANCTIONS INTERNATIONALES

La compagnie se réserve le droit de mettre fin de façon unilatérale au contrat et/ou de geler les avoirs et/ou de ne pas dédommager un *sinistre* si le preneur d'assurance, ou les personnes qui lui sont associées :

- ont été enregistrées sur les listes des sanctions internationales établies en vue de *prévenir le phénomène de terrorisme* ; ou
- font l'objet de mesures restrictives émises par un Etat ou une organisation internationale ; ou
- si le *sinistre* a lieu dans un pays soumis à des sanctions internationales.

Article 31

PLAINTE

En cas de plainte au sujet du présent document, le preneur d'assurance peut contacter la Compagnie :

- Par écrit à Generali Belgium - Service Gestion des Plaintes - Avenue Louise 149, 1050 Bruxelles
- Par e-mail à l'adresse : gestion.plaintes@generali.be
- Par fax au 02/403 86 53
- Par téléphone au 02/403 81 56

L'information concernant la procédure de traitement des plaintes est disponible sur le site www.generali.be dans la rubrique 'Contact \ votre avis nous intéresse'.

Conformément à la réglementation en vigueur, la Compagnie s'engage à recourir à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation. Celle-ci est entièrement gratuite pour le preneur d'assurance.

Par conséquent, si celui-ci estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, entité qualifiée, sise à l'adresse actuelle Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (info@ombudsman.as, www.ombudsman.as), sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.



Avertissement

*Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances 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 peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique **Datassur**. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*

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, petits-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 proméritée 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

S'il déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail, l'assureur lui notifie cette décision selon les modalités définies par le Roi.

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

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, ladite allocation annuelle est diminuée de 50 % si le taux d'incapacité s'élève à moins de 5 % et de 25 % si le taux d'incapacité s'élève à 5 % ou plus, mais 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'assureur, dans un établissement hospitalier ou de soins, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91^e 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 1^{er} 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 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.

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 1^{er} 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 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 ou d'orthopédie, aux indemnités prévues aux articles 22, 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.

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 médecin, du pharmacien ou du service médical, pharmaceutique et hospitalier, sauf lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1° l'employeur ou l'assureur a institué à sa charge et dans les conditions déterminées par le Roi, un service médical, pharmaceutique et hospitalier ;
- 2° le service a été agréé. L'agrément est accordé et retiré par le Roi dans les conditions qu'il détermine ;
- 3° l'employeur ou l'assureur a désigné au moins trois médecins à qui la victime peut s'adresser ;
- 4° lorsque le service est institué par un assureur, il faut que celui-ci en ait dûment informé l'employeur ;
- 5° l'institution du service et les noms des médecins sont mentionnés au règlement de travail, ou, en ce qui concerne les marins, au rôle d'équipage ;
- 6° le Comité de Sécurité a été consulté dans les conditions fixées par le Roi dans le Règlement général pour la protection du travail.

Lorsqu'en raison de l'urgence la victime a dû être admise dans un service autre que celui institué, en vertu du premier alinéa, par l'employeur ou par l'assureur, ceux-ci ne peuvent exiger le transfert de la victime à leur service. Dans ce cas, les frais pour soins médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers sont à charge de l'assureur.

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

La valeur de la rente est calculée conformément au tarif fixé en vertu de l'article 51, 2ème alinéa et au premier jour du trimestre suivant 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.

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

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

Article 49

L'employeur est tenu de contracter une assurance contre les accidents du travail auprès d'une société d'assurances à primes fixes agréée, soit auprès d'une caisse commune d'assurance agréée.

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 au terme du contrat, celui-ci est reconduit tacitement pour des période successives d'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'assureur 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 visée à l'article 39.

L'assureur 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 tous les ouvriers ou employés de son entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou tous les gens de maison à son service auprès d'assureurs distincts.

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.

Par dérogation aux dispositions de l'article 26 de la loi du 17 avril 1878 contenant le Titre Préliminaire du Code de Procédure Pénale, l'action en paiement des cotisations visées à l'article 59, 4^o, se prescrit par trois 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 introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24.

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.