

## ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

### 1 description de l'assurance

**a** En cas d'accident survenu à l'assuré, l'assureur garantit :

- une **indemnité** en cas de décès, d'incapacité permanente ou d'incapacité temporaire de travail;
- le **remboursement** des frais de **soins médicaux** et des **frais similaires**.

**b** Un **accident** est un événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime et qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort.

**c** L'**assuré** est la personne dont l'identité est mentionnée dans les *conditions particulières*.

### 2 indemnités

**a En cas de décès** dans les trois ans qui suivent le jour de l'accident, l'indemnité est égale au montant mentionné dans les *conditions particulières*.

L'indemnité est versée au bénéficiaire mentionné dans les *conditions particulières*. S'il y a plusieurs bénéficiaires, l'indemnité est répartie entre eux. S'il n'y a pas de bénéficiaire, l'indemnité est versée au conjoint non divorcé ni séparé de corps ou, à défaut, aux héritiers légaux de la victime jusques et y compris du troisième degré.

S'il n'y a pas de tels bénéficiaires ou ayants droit ou si, le jour de l'accident, la victime était âgée de moins de cinq ans, l'indemnité est limitée aux frais funéraires réellement exposés, avec un maximum de 2 478,94 EUR.

**b En cas d'incapacité permanente**, l'indemnité est proportionnelle au degré d'incapacité. Le montant sur lequel l'indemnité est calculée est mentionné dans les *conditions particulières*.

Le degré d'incapacité permanente est fixé sur base des pourcentages indiqués dans le *Barème officiel belge des invalidités*, sans tenir compte de la profession exercée.

Cette fixation se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

L'indemnité est versée à la victime. Les indemnités pour le cas de décès et pour incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

**c En cas d'incapacité temporaire de travail**, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité. Le montant sur lequel l'indemnité est calculée est mentionné dans les *conditions particulières*.

Le degré d'incapacité de travail est fixé compte tenu des occupations habituelles de la victime. L'indemnité est versée à la victime pour la durée indiquée dans les *conditions particulières*, et au plus tard jusqu'au moment de la consolidation des lésions. Il n'est pas versé d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante, dont la durée est mentionnée dans les *conditions particulières*. Cette disposition ne s'applique pas aux jours où la victime est hospitalisée durant cette période.

### 3 frais de soins médicaux et frais similaires

L'assureur rembourse les frais suivants, après épuisement de l'intervention des organismes de sécurité sociale :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais du transport adapté nécessaire au traitement;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique;
- les frais de rapatriement de la victime (certificat médical requis);
- les frais de transport ou de rapatriement de la dépouille mortelle;
- les frais de recherches et de sauvetage d'un assuré égaré ou disparu ou se trouvant dans une situation le mettant directement en danger.

Le remboursement de ces frais est limité au montant maximal mentionné dans les *conditions particulières*. La garantie ne s'applique que si les frais précités ne sont pas effectivement couverts par une autre assurance. Dès lors, l'assureur a le droit, en cas de concours avec une autre assurance, de récupérer ses paiements de cet autre assureur.

## 4 exclusions

a Sont exclus :

- l'aggravation des conséquences d'un accident par le fait d'une maladie ou infirmité qui existait avant l'accident;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide;
- les accidents causés intentionnellement ou par l'un des cas suivants de faute lourde de la victime :
  - . les accidents imputables à l'ivresse ou à un état analogue résultant de l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées;
  - . les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillant de biens;
  - . les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
- les accidents survenus
  - . lors de l'usage d'appareils de navigation aérienne; il y a toutefois garantie comme simple passager à bord d'appareils dûment autorisés au transport de personnes;
  - . durant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition de sports de combat, du ski, du skeleton et du bobsleigh;
  - . lors de la participation à des concours de vitesse avec des véhicules automoteurs ou des bateaux à moteur, y compris les entraînements;
- les accidents se rapportant à la guerre (civile) ou à des faits de même nature; cette exclusion ne s'applique pas aux accidents survenus à l'étranger pendant les quinze jours qui suivent le début des désordres, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents causés par :
  - . des réactions nucléaires, la radioactivité et des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
  - . les conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

En aucun cas l'assureur n'est tenu d'indemniser l'ayant droit qui a causé l'accident intentionnellement.

b Sont exclus, sauf indication contraire dans les *conditions particulières* :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du saut en parachute et de l'aile delta;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable.

## 5 étendue territoriale

L'assurance s'applique dans le monde entier à l'assuré qui a sa résidence habituelle en Belgique.

## 6 détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, l'assuré a le droit de se faire assister, à ses propres frais, d'un médecin qu'il a librement choisi. En cas de décès, l'assureur peut requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès.

En cas de divergence d'opinion entre les médecins des deux parties, elles désignent de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

En lieu et place de cette procédure, les parties sont libres de laisser la désignation du troisième médecin et/ou le règlement du litige au tribunal compétent.

## 7 subrogation

En cas d'accident dont une autre personne peut être rendue responsable, l'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré ou du bénéficiaire en ce qui concerne *les frais de soins médicaux et les frais similaires* ainsi que *les frais funéraires*.

Sauf en cas de malveillance, ce droit de subrogation n'est pas exercé contre le conjoint de l'assuré, ni contre ses parents et alliés en ligne directe, les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique. Le recours est toutefois possible à l'égard des personnes précitées, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

La présente police est régie par la loi du 25 juin 1992.  
Les principales dispositions réglementées par cette loi sont résumées ci-après.

## **DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT DES DOMMAGES**

**1** Lorsque survient un événement auquel la garantie de la présente police est applicable, l'assuré (ou le bénéficiaire) doit tenir compte d'un certain nombre d'obligations afin que l'assureur puisse fournir les prestations convenues.

**2** Ainsi, l'assuré est censé :

- prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir ou limiter les conséquences du sinistre;
- faire la déclaration du sinistre dans les dix jours de sa survenance;
- fournir tous les renseignements demandés par l'assureur concernant le sinistre et apporter la coopération requise, de sorte que le sinistre puisse être réglé rapidement;
- si nécessaire, comparaître personnellement devant le tribunal et poser tous les actes de procédure jugés utiles par l'assureur;
- ne pas poser d'actes limitant le droit légal de l'assureur à récupérer du tiers responsable les paiements effectués;
- ne pas reconnaître de responsabilité ni faire abandon de recours, ne rien payer ni convenir de payer dans les cas où la présente police couvre la responsabilité de l'assuré. La simple reconnaissance des faits ou l'offre d'une première aide financière ou médicale n'est pas considérée comme une reconnaissance de responsabilité.

**3** Le non-respect de l'une des obligations qui précèdent donne à l'assureur le droit de réduire les prestations assurées ou de les récupérer jusqu'à concurrence du préjudice qu'il a subi du fait de l'omission de l'assuré. Le non-respect d'un délai ne peut toutefois être considéré comme une omission si l'assuré a fait la notification demandée aussi rapidement qu'il lui était raisonnablement possible de le faire. En cas de fraude, l'assureur peut refuser la garantie.

## **DISPOSITIONS RELATIVES À LA POLICE**

### **1 communications**

La police a été établie sur base des renseignements fournis par le preneur d'assurance. Si, pendant la durée de l'assurance, une modification se produit dans les éléments d'appréciation mentionnés dans les *conditions particulières*, le preneur d'assurance doit les communiquer à l'assureur.

### **2 conséquences d'un risque incorrectement communiqué ou modifié**

**a** Dès que l'assureur apprend que le risque réel ne correspond pas au risque tel qu'il a été communiqué, il fait dans le mois à partir du jour où il en a eu connaissance, une proposition d'adaptation de la police au risque réel. S'il s'agit d'une aggravation du risque qui s'est produite pendant la durée de l'assurance, l'adaptation a un effet rétroactif jusqu'au jour de l'aggravation.

Le preneur d'assurance est libre d'accepter ou non la proposition d'adaptation.

**b** Si un sinistre survient avant que l'adaptation ou la résiliation de la police entre en vigueur, l'assureur fournira les prestations convenues s'il n'est pas possible de reprocher au preneur d'assurance de n'avoir pas accompli son devoir de communication.

Si cela peut lui être reproché, l'assureur peut limiter les prestations assurées selon la proportion existant entre la prime payée et la prime qui aurait dû être payée s'il avait été renseigné correctement. L'assureur peut également limiter sa prestation au remboursement de toutes les primes, s'il peut prouver qu'il n'aurait pas assuré le risque réel.

**c** Les règles qui précèdent ne s'appliquent pas en cas d'intention frauduleuse. Dans ce cas, l'assureur peut invoquer la nullité légale ou la rupture de l'assurance, refuser sa prestation et conserver les primes échues.

### **3 début, durée et fin de l'assurance**

#### **a début et durée**

L'assurance commence à la date indiquée dans les *conditions particulières*, après signature de la police et paiement de la première prime.

La durée de l'assurance est également indiquée dans les *conditions particulières*.

Si cette durée est inférieure à un an, les parties conviennent qu'à la date d'expiration une nouvelle police entre en vigueur avec une durée d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose. Cette opposition doit être notifiée par lettre recommandée trente jours au moins avant la date d'expiration.

Si la durée de l'assurance est d'un an, elle est reconduite tacitement à l'échéance pour des périodes successives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose par une lettre recommandée remise à la poste trois mois au moins avant l'échéance.

L'assurance commence et prend fin à zéro heure.

#### **b résiliation**

Le preneur d'assurance peut résilier avant l'expiration :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire;
- en cas de diminution du risque si, dans le mois qui suit la demande de réduction de prime, il n'arrive pas à un accord avec l'assureur à ce sujet.

L'assureur peut résilier l'assurance :

- après un sinistre, mais au plus tard un mois après l'exécution des prestations assurées ou le refus de le faire;
- s'il apparaît que le risque réel est plus important que le risque déclaré :
  - si le preneur d'assurance refuse ou n'accepte pas la proposition de modification de la police dans le mois qui suit sa réception; dans ce cas, la résiliation doit se faire dans les quinze jours;
  - si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque réel; cette résiliation doit se faire dans le mois qui suit le moment où il a eu connaissance du risque réel;
- en cas de non-paiement de la prime;
- en cas de modification de la législation rendant les prestations assurées considérablement plus importantes.

Sauf en cas de non-paiement de la prime, le régime suivant est applicable à toute résiliation.

Une résiliation se fait par lettre recommandée à la poste, par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé ou par exploit d'huissier.

La résiliation prend effet après l'expiration d'un délai d'un mois à compter, pour une lettre recommandée, du lendemain du dépôt à la poste et, dans les autres cas, à compter de la date du récépissé ou du lendemain de la notification.

#### **c fin**

L'assurance prend fin de plein droit à la première échéance qui suit le septantième anniversaire de l'assuré.

### **4 prime et paiement de la prime**

#### **a paiement**

La prime, taxe comprise, est payable d'avance et est exigible à l'échéance.

Si le preneur d'assurance ne paie pas une prime (taxe comprise), l'assureur lui en demande le paiement par lettre recommandée ou par exploit d'huissier. La mise en demeure précise les conséquences du non-paiement de la prime (suspension et/ou résiliation).

#### **b augmentation de tarif**

Si l'assureur augmente son tarif, il peut adapter la prime à partir de l'échéance suivante, qui est distante d'au moins quatre mois de la date de la notification de l'augmentation.

Cette adaptation de tarif entre en vigueur si l'assurance n'a pas été résiliée pour l'échéance.