

ASSURANCE OBLIGATOIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL

La présente assurance est une assurance obligatoire que l'employeur doit souscrire au profit de ses travailleurs. Les conditions en sont fixées légalement.

Vous trouverez ci-après le texte des conditions telles qu'elles ont été agréées par les autorités compétentes.

1 Description de l'assurance

a En cas d'accident survenu aux assurés et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable, l'assureur garantit le paiement des indemnités et frais prescrits par cette loi.

L'assureur s'engage à verser ces indemnités et frais à la victime ou à ses ayants droit, sans exception ni réserve et non-obstant toute clause de déchéance, et ce pour les accidents survenus avant l'expiration de la présente assurance.

b Les **bénéficiaires** sont tous les membres du personnel occupés par le preneur d'assurance et dont les activités sont décrites dans les conditions particulières.

Si le preneur d'assurance possède plusieurs sièges d'exploitation, les conditions particulières précisent en outre à quels sièges d'exploitation l'assurance est applicable.

2 Prévention

Dans toute la mesure du possible, le preneur d'assurance prend les mesures nécessaires pour éviter les accidents.

L'assureur peut émettre des recommandations en la matière et exiger des améliorations en vue de remettre la situation illégale en conformité avec les dispositions légales et contractuelles en matière de protection, de sécurité et d'hygiène des lieux de travail. Le preneur d'assurance apporte la collaboration nécessaire à cet effet et accorde le libre accès et une compétence de contrôle aux délégués de l'assureur.

Si le preneur d'assurance n'observe pas les directives ci-dessus, l'assureur peut résilier l'assurance.

De même, en cas de manquement grave à la prévention légalement prescrite, l'assureur peut recouvrer les paiements pour les accidents du travail qui en résultent, dans la mesure où le preneur d'assurance a été averti spécifiquement et au préalable de l'illégalité de la situation.

3 Subrogation

En cas d'accident dont une autre personne peut être rendue responsable, l'assureur exerce le droit de subrogation qui lui est conféré par la loi sur les accidents du travail.

4 Recours

Lorsqu'en vertu de la loi (du 25 juin 1992) sur le contrat d'assurance terrestre, l'assureur pourrait refuser ou réduire ses prestations, il dispose d'un droit de recours à l'égard du preneur d'assurance.

EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

chapitre 1

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.

chapitre 2 – réparation

SECTION 1ÈRE — ACCIDENT DU TRAVAIL MORTEL

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

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, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'accident;
- 2 au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, à condition que :
 - a le mariage ou la cohabitation légale contractés après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou
 - b un enfant soit issu du mariage de la cohabitation légale ou
 - c au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales.

Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par

convention à charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1er sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

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 ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.

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

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

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

§5 (abrogé)

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

article 14

§1 Les enfants adoptés par une seule personne 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 353-15 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 s'appliquent uniquement à l'adoption simple.

article 15

§1 Le père et la mère de la victime qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants béné-

ficiaires reçoivent chacun une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base. Si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint ou un cohabitant légal sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base. Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.

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

- a 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint, ni cohabitant légal, ni enfants bénéficiaires;
- b 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint ou un cohabitant légal, sans enfants bénéficiaires.

article 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé(e), une rente égale à 15 % de la rémunération de base sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si leur père ou leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération. Toutefois, s'il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants : la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête. Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %. La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident du travail.

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

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 17bis

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

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

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.

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

article 21

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

SECTION 2 – INCAPACITÉ DE TRAVAIL

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'entreprise d'assurances peut demander à l'employeur d'examiner la possibilité d'une remise au travail, soit dans la

profession que la victime exerçait avant l'accident, soit dans une profession appropriée qui peut lui être confiée à titre provisoire. La remise au travail ne peut avoir lieu qu'après avis favorable du médecin du travail lorsque cet avis est prescrit par le Règlement général pour la protection du travail ou lorsque la victime s'estime inapte à reprendre le travail.

Dans le cas où la victime accepte la remise au travail, elle a droit à une indemnité équivalant à la différence entre sa rémunération avant l'accident et celle qu'elle gagne depuis sa remise au travail.

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

- 1 si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation;
- 2 si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation;
- 3 si, pour un motif valable, elle refuse la remise au travail ou le traitement proposé ou si elle y met fin.

Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément la remise au travail proposée, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculé d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans celle qui lui est provisoirement offerte.

Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément le traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, 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, §1er 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 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 son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, la victime peut prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et demi et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

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

Si l'utilisation d'un appareillage de prothèse ou d'orthopédie pris en charge par l'entreprise d'assurances et non prévu au moment du règlement de l'accident du travail a une incidence sur le degré de nécessité de l'assistance régulière d'une autre personne, ce taux peut être revu par voie d'accord entre parties ou par une décision coulée en force de chose jugée, même après l'expiration du délai visé à l'article 72.

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

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

article 24bis

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

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, 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.

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

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 25ter

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

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'entreprise d'assurances ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'accident, l'entreprise d'assurances doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement 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.

SECTION 2BIS - ALLOCATIONS

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

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux allocations annuelles et rentes qui correspondent à un taux d'incapacité permanente de travail de 10 % 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 3 et 4.

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

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

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

article 27ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'indexation, les adaptations et les allocations visées à l'article 27bis et, pour les accidents visés à l'article 45quater, les allocations fixées par le Roi, sont à charge du Fonds des accidents du travail.

Pour toutes les victimes et leurs ayants droit, les allocations de réévaluation et les réévaluations des allocations telles que visées à l'article 27bis, dernier alinéa, et dues à partir du 1er janvier 2012, sont à charge du Fonds des accidents du travail. Le Roi peut également mettre à charge du fonds précité les allocations précitées qui seront payées pour la première fois après l'année 2012.

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, chi-

urgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et aux appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires du fait de l'accident.

SECTION 3 – SOINS MÉDICAUX

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'entreprise d'assurances 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'entreprise d'assurances que jusqu'à la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord ou de la décision visée à l'article 24.

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

Cette indemnité est versée par l'entreprise d'assurances au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée par 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 charge de l'entreprise d'assurances suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi.

article 31

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

article 32

Au cours du traitement, l'entreprise d'assurances peut, dans le cas où la victime a le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Au cours du traitement, la victime ou ses ayants droit peuvent, dans le cas où la victime n'a pas le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Le médecin chargé de contrôler le traitement aura libre accès auprès de la victime pour autant qu'il en avertisse le médecin traitant. Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime. Ils sont supportés à concurrence de 90 % par l'entreprise d'assurances.

article 33

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

SECTION 5 – PAIEMENT

article 45

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

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

Le capital se calcule conformément au tarif fixé par le Roi et en fonction de l'âge de la victime ou de l'ayant droit au premier jour du trimestre qui suit la décision du juge. À 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. À 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 1er, 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'in-

capacité 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 décembre 2003) ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité de travail (de moins de 16 % ou de plus de 19 %) 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 45quinquies

A condition que le débiteur soit de bonne foi, l'entreprise d'assurances renonce à la récupération des sommes payées indûment dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt déterminés par le Roi.

chapitre 3 – assurance

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.

Avec l'accord mutuel de l'employeur et de l'entreprise d'assurances la durée d'un an visée aux alinéas 2 et 3, peut être fixée à trois ans.

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 laquelle il n'a aucun lien juridique ou commercial.

article 49bis

Lorsque, à l'exclusion du risque d'accidents sur le chemin du travail, la fréquence et la gravité des sinistres dépassent le seuil durant la période d'observation, le risque assuré est considéré comme un risque aggravé de manière disproportionnée, appelé ci-après "risque aggravé".

Le Fonds des accidents du travail constate le risque aggravé et le notifie à l'entreprise d'assurances concernée. L'entreprise d'assurances le notifie à l'employeur et perçoit d'office à la charge de cet employeur, sans délai et sans intermédiaire, une contribution forfaitaire de prévention.

L'employeur qui ne verse pas la contribution forfaitaire de prévention dans le délai d'un mois est redevable d'une majoration, qui ne peut pas dépasser 10 % du montant dû, ainsi que d'un intérêt de retard égal au taux d'intérêt légal.

L'entreprise d'assurances affecte la contribution forfaitaire de prévention à la prévention des accidents du travail chez l'employeur concerné.

L'entreprise d'assurances fait rapport au Fonds des accidents du travail sur les mesures de prévention proposées ainsi que sur le respect par l'employeur concerné desdites mesures et sur sa collaboration. Un rapport à ce sujet est présenté au comité de gestion du Fonds après avis du Comité technique de la prévention. Le Fonds met l'information à la disposition de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Le Roi détermine, sur la proposition des ministres qui ont les accidents du travail et les contrats d'assurance parmi leurs

compétences et par arrêté délibéré en Conseil des ministres :

- 1 la fréquence, la gravité, le seuil, qui ne peut pas être inférieur à cinq fois la fréquence et la gravité moyenne, et la durée de la période d'observation visés à l'alinéa 1er;
- 2 le calcul, la période d'imputation et les modalités d'application de la contribution forfaitaire de prévention, qui ne peut être inférieure à 3.000 euros ni supérieure à 15.000 euros. Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation de la manière déterminée par le Roi;
- 3 les entreprises à la charge desquelles la contribution forfaitaire de prévention peut être perçue, compte tenu d'un nombre minimum d'accidents du travail survenus pendant la période d'observation;
- 4 les modalités de constatation et de notification à l'entreprise d'assurances par le Fonds des accidents du travail, ainsi que le mode de présentation du rapport au Fonds des accidents du travail;
- 5 les modalités de notification du risque aggravé à l'employeur;
- 6 les modalités de notification des mesures de prévention proposées à l'employeur, aux conseillers en prévention interne ou externe et, selon le cas, au comité pour la prévention et la protection au travail, à la délégation syndicale ou aux travailleurs visés au chapitre VIII de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;
- 7 le montant et les conditions d'application de la majoration visée à l'alinéa 3;
- 8 les modalités d'application du présent article en cas d'occupation d'intérimaires;
- 9 les conditions et modalités selon lesquelles une réclamation peut être introduite auprès du Comité de gestion du fonds, de même que les conditions selon lesquelles cette réclamation suspend l'encaissement de la contribution de prévention forfaitaire.

article 49ter

Par dérogation à l'article 49, alinéa 2, lorsque le risque assuré est considéré comme un risque aggravé, la durée du contrat d'assurance restant à courir au 1er janvier qui suit la notification à l'employeur, visée à l'article 49bis, alinéa 2, est portée de plein droit à trois ans. La reconduction tacite du contrat d'assurance porte sur la durée initiale du contrat. Si, au 1er janvier, l'employeur est assuré auprès d'une autre entreprise d'assurances que celle à laquelle le Fonds a notifié le risque aggravé, cette entreprise reprend les droits et obligations en rapport avec le risque aggravé selon les modalités fixées par le Roi.

Par dérogation aux articles 30, alinéa 1er, et 31, § 1er, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, à partir de la notification par le Fonds, visée à l'article 49bis, alinéa 2, et jusqu'à la fin de la période de reconduction de plein droit, ce contrat ne peut pas faire l'objet d'une opposition à la reconduction tacite ni être résilié en raison de la survenance d'un sinistre.

Au moins trois mois avant la fin de la troisième année de la reconduction de plein droit, même si une nouvelle notification de risque aggravé a été faite pendant cette période, l'entreprise d'assurances peut résilier le contrat ou proposer une révision du taux de prime selon les modalités prévues aux articles 29 et 30 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre. L'entreprise d'assurances informe l'employeur de toutes les conséquences que l'application du présent article a sur ses obligations contractuelles.

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

L'action en paiement des allocations visées aux articles 27bis, dernier alinéa, 27ter et 27quater, se prescrit trois ans après le premier jour qui suit la période de paiement à laquelle ces allocations se rapportent, pour autant que l'action principale en paiement des indemnités afférente à cette période ne soit pas prescrite. Pour les allocations accordées sur des indemnités afférentes à des périodes se situant avant le règlement de l'accident du travail par accord entériné ou par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée ou avant la révision visée à l'article 72, la prescription prend cours à la date de ce règlement ou de cette révision. Pour les créances qui ne sont pas encore prescrites selon le délai de prescription de cinq ans à la date d'entrée en vigueur de l'article 40 de la loi du 3 juillet 2005 portant des dispositions diverses relatives à la concertation sociale, mais qui sont déjà prescrites selon le nouveau délai de prescription de trois ans, la date de prescription est fixée au 1er janvier 2009.

Les créances du Fonds des accidents du travail à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4e, se prescrivent par trois ans. Dans les cas prévus à l'article 24, premier alinéa, la créance de paiement des indemnités se prescrit trois années après la notification de la décision de déclaration de guérison.

article 72

La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou de la nécessité de l'aide régulière d'une autre personne ou sur le décès de la victime dû aux conséquences de l'accident, peut être 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.

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.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL

La présente assurance est une extension de l'assurance obligatoire accidents du travail qui a été souscrite chez nous.

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise assurée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

La présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable.

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

Les suppléments et les indemnités pour les situations d'aggravation temporaire ne sont pas assurés.

3 Indemnités

a Principe

La présente assurance complète les indemnités qui vous sont octroyées dans l'assurance obligatoire accidents du travail.

Les indemnités sont déterminées de la même manière que dans la loi, sauf quelques divergences que nous décrivons ci-après.

Nous ne payons pas d'indemnité pour l'aide de tiers, étant donné que cette indemnité est prise en charge dans l'assurance accidents du travail.

b Divergences

Étant donné qu'il s'agit d'une assurance libre, nous divergeons des règles légales dans un certain nombre de situations.

En cas d'incapacité permanente de travail et si votre incapacité est inférieure à 16 %, vous recevez un capital non indexé immédiatement après l'expiration du délai de révision légal.

À partir d'une incapacité de 16 %, vous avez le choix entre :

- une rente viagère comme dans l'assurance légale;
- la conversion de la rente en un paiement unique de capital.

Vous devez nous faire connaître votre choix dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai de révision.

En cas de décès, vos ayants droit disposent du même choix. Si tous les bénéficiaires ne sont pas d'accord sur le paiement d'un capital, nous indemnisons sous la forme d'une rente. Nous payons au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans l'indemnité qui est due aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs.

c Calcul

Nous calculons les indemnités sur la base de la différence entre votre rémunération annuelle réelle et le maximum légal. Votre rémunération annuelle réelle est la rémunération telle qu'elle est calculée dans la loi (du 10 avril 1971) sur les accidents du travail; elle est limitée au montant indiqué dans les conditions particulières.

Si vous êtes occupé en vertu d'un ou de plusieurs contrats de travail à temps partiel, la rémunération annuelle sera fixée, pour le calcul de toutes les indemnités, en tenant compte exclusivement de la rémunération qui est due en vertu du contrat de travail conclu avec le preneur d'assurance.

Pour la conversion de la rente en un capital, nous appliquons le barème légal. Il s'agit du Barème F (tarif I h/f) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 24.12.1987 et tel qu'il est actualisé dans l'arrêté royal du 12.08.1994. Pour le capital qui est attribué aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs, nous nous basons sur le Barème F (tarif II) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 21.12.1971.

d Indexation

Nous indexons les indemnités dans les cas déterminés par la loi. Si l'indexation que nous devons appliquer en vertu de la loi est supérieure au taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans des institutions publiques de crédit, l'indexation est limitée sur base annuelle au taux d'intérêt précité de ces bons de caisse.

Le taux d'intérêt ici visé est la moyenne pour les cinq dernières années des taux d'intérêt annuels moyens des bons de caisse visés ci-dessus, tels qu'ils sont définis par la Banque Nationale au début de l'année civile qui précède le paiement des indemnités.

À défaut de bons de caisse, nous utilisons comme base de référence une forme d'épargne équivalente. Cela se fait sous la surveillance de l'Office de Contrôle des Assurances.

Lorsque, dans les cas où vous avez le choix, vous optez pour le paiement d'un capital, nous ne vous devons pas d'indexation pour l'indemnité concernée.

4 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Principe

Nous payons les frais de soins médicaux et les frais similaires qui ne sont pas remboursés par l'assurance accidents du travail. Ces frais sont assurés jusqu'à un montant de 5 000 EUR au maximum par assuré et par accident; ils sont payés jusqu'à la date d'expiration du délai de révision.

b Modalités

Nous payons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

Nous ne payons pas les prothèses, les appareils orthopédiques ni les frais de déplacement, étant donné qu'ils sont déjà indemnisés par l'assurance obligatoire accidents du travail.

5 Exclusions

Sont exclus :

- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

6 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a

commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

7 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS VIE PRIVÉE SUR LA BASE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Définitions

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise assurée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières. Le travailleur salarié perd la qualité d'assuré à la première échéance qui suit son 65e anniversaire.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a La présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident dans votre vie privée.

b Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

c Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

Les suppléments et les indemnités pour les situations d'aggravation temporaire ne sont pas assurés.

3 Indemnités

a Principe

Dans la présente assurance, les indemnités sont déterminées de la même manière que dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, sauf quelques divergences que nous décrivons ci-après.

b Divergences

Étant donné qu'il s'agit d'une assurance libre, nous divergeons des règles légales dans un certain nombre de situations.

En cas d'incapacité permanente de travail et si votre incapacité est inférieure à 16 %, vous recevez un capital non indexé immédiatement après l'expiration du délai de révision légal.

À partir d'une incapacité de 16 %, vous avez le choix entre :

- une rente viagère comme dans l'assurance légale;
- la conversion de la rente en un paiement unique de capital.

Vous devez nous faire connaître votre choix dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai de révision.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

En cas de décès, vos ayants droit disposent du même choix. Si tous les bénéficiaires ne sont pas d'accord sur le paiement d'un capital, nous indemnisons sous la forme d'une rente. Nous payons au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans l'indemnité qui est due aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs.

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité de travail; cette indemnité n'est due que si l'incapacité de travail est d'au moins 25 %. L'indemnité que vous recevez de votre mutuelle pour la même période est intégralement portée en déduction. Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante dont la durée est mentionnée dans les conditions particulières.

c Calcul

Nous calculons votre indemnité sur la base de votre rémunération annuelle réelle fixée conformément à la loi sur les accidents du travail, avec pour maximum le montant mentionné dans les conditions particulières.

Si vous êtes occupé en vertu d'un ou de plusieurs contrats de travail à temps partiel, la rémunération annuelle sera fixée, pour le calcul de toutes les indemnités, en tenant compte exclusivement de la rémunération qui est due en vertu du contrat de travail conclu avec le preneur d'assurance.

Pour la conversion de la rente en un capital, nous appliquons le barème légal. Il s'agit du Barème F (tarif I h/f) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 24.12.1987 et tel qu'il est actualisé dans l'arrêté royal du 12.08.1994. Pour le capital qui est attribué aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs, nous nous basons sur le Barème F (tarif II) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 21.12.1971.

d Indexation

Nous indexons les indemnités dans les cas déterminés par la loi. Si l'indexation que nous devons appliquer en vertu de la loi est supérieure au taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans des institutions publiques de crédit, l'indexation est limitée sur base annuelle au taux d'intérêt précité de ces bons de caisse.

Le taux d'intérêt ici visé est la moyenne pour les cinq dernières années des taux d'intérêt annuels moyens des bons de caisse visés ci-dessus, tels qu'ils sont définis par la Banque Nationale au début de l'année civile qui précède le paiement des indemnités.

À défaut de bons de caisse, nous utilisons comme base de référence une forme d'épargne équivalente. Cela se fait sous la surveillance de l'Office de Contrôle des Assurances.

Lorsque, dans les cas où vous avez le choix, vous optez pour le paiement d'un capital, nous ne vous devons pas d'indexation pour l'indemnité concernée.

4 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Garantie de base

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont remboursés conformément à l'assurance accidents du travail belge. Ces frais sont remboursés après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

b Garantie complémentaire

Principe

Si cela est mentionné dans les conditions particulières, nous payons les frais de soins médicaux et les frais similaires qui ne sont pas remboursés par l'assurance accidents du travail, jusqu'à concurrence d'un montant de 5 000 EUR au maximum par assuré et par accident.

Modalités

Nous payons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

La présente garantie ne s'applique pas aux prothèses, aux appareils orthopédiques ni aux frais de déplacement, puisqu'ils sont assurés dans la garantie de base.

c Délai de paiement et part propre

Les frais de soins médicaux et frais similaires, à l'exception des frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, sont assurés jusqu'à la date d'expiration du délai de révision.

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

5 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents survenus pendant une période d'absence pour laquelle le preneur d'assurance ne paie aucune rémunération;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au

moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affectation n'avait pas encore été posé;

- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.
Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

6 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

7 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

8 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

9 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE RÉMUNÉRATION GARANTIE APRÈS UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

L'entreprise assurée en qualité d'employeur.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

L'assurance s'applique aux travailleurs salariés qui relèvent des sièges d'exploitation de l'entreprise assurée situés en Belgique et qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières. La présente assurance s'applique uniquement dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail leur est applicable.

2 Description de l'assurance

Lorsqu'un travailleur salarié assuré est victime d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail au sens de la loi sur les accidents du travail, nous vous garantissons le remboursement de la **rémunération garantie** que vous devez payer pendant une période de **30 jours** au maximum, y compris les cotisations patronales de sécurité sociale.

Par rémunération garantie, il faut entendre le régime salarial tel qu'il est défini dans la loi du 3 juillet 1978 sur les contrats de travail et dans les conventions collectives de travail numéro 12 bis (du 26 février 1979) et numéro 13 (du 16 décembre 1986) du conseil national du travail.

3 Indemnités

a Nous vous payons la différence entre la rémunération normale du travailleur accidenté et l'indemnité versée pour la même période par l'assureur accidents du travail. La rémunération normale comprend également la partie de la rémunération qui excède le plafond légal. Par plafond légal, nous entendons le plafond de rémunération fixé dans l'article 39 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

b Nous vous remboursons les cotisations patronales de sécurité sociale que vous devez payer pour la même période de rémunération garantie. Nous payons ces cotisations patronales avec pour maximum les cotisations imposées par le régime général de la catégorie professionnelle (ouvriers ou employés) à laquelle le travailleur salarié assuré appartient. Nous ne payons pas les cotisations spécifiques propres à certains secteurs.

Nous ne tenons pas compte des éventuelles réductions (temporaires) accordées par les pouvoirs publics par travailleur individuel.

4 Listes de salaires

Pour la gestion de la présente assurance, nous devons disposer des listes de salaires des travailleurs salariés assurés.

Ces listes de salaires mentionnent séparément les rémunérations des ouvriers et des employés.

Elles mentionnent également séparément les rémunérations des catégories suivantes d'employés :

- les employés engagés avec clause d'essai et pendant la période d'essai;
- les employés engagés sous un contrat de travail pour une durée déterminée inférieure à trois mois;
- les employés engagés sous un contrat de travail pour un travail déterminé dont l'exécution requiert normalement une occupation de moins de trois mois.

5 Subrogation et recours

En cas d'accident dont une autre personne peut être rendue responsable, nous sommes subrogés dans les droits du preneur d'assurance jusqu'à concurrence de nos dépenses. Sauf en cas de malveillance, nous n'exerçons pas de recours contre l'entreprise assurée ni contre toute autre personne à l'égard de laquelle nous ne disposons pas d'un droit de recours légal.

Mais nous exerçons bel et bien ce droit de recours contre l'entreprise assurée ou contre une personne à l'égard de laquelle nous ne disposons pas d'un droit de recours légal, si leur responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

ASSISTANCE PERSONNEL

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise assurée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières.

Fidea-Assistance :

La centrale d'assistance, qui est à votre disposition 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

1 Champ d'application

Cette assurance s'applique lorsque vous voyagez à l'étranger, pour des raisons professionnelles, pour le compte de l'entreprise assurée. L'assurance s'applique exclusivement à l'étranger, tant pendant le séjour qu'au cours du déplacement. La durée de la mission à l'étranger ne peut pas dépasser 90 jours dans les pays d'Europe et 45 jours dans les pays hors d'Europe.

2 Description

Nous accordons les prestations d'assistance suivantes :

a Assistance en cas de maladie

Si vous tombez malade à l'étranger, Fidea-Assistance paie les frais de vos soins médicaux, les frais d'hospitalisation et les frais de transport nécessaires pour vous faire soigner. Ces frais sont indemnisés jusqu'à un montant de 25 000 EUR par personne. Ce montant comprend les limites d'indemnisation suivantes :

- 1 250 EUR pour le traitement ultérieur en Belgique; ces frais sont couverts jusqu'à un an après votre retour;
- 250 EUR pour les frais de petite chirurgie dentaire.

Votre participation aux frais s'élève à 100 EUR.

Fidea-Assistance s'occupe en outre de votre rapatriement en Belgique si votre état de santé l'exige. Sur la seule base de cet état de santé, Fidea-Assistance détermine, en concertation avec les médecins traitants, quand, comment et vers où vous serez transporté.

b Transport bagages / voiture

Si vous êtes rapatrié, nous nous occupons également du transport de vos bagages et du rapatriement en Belgique du véhicule dans lequel vous voyagez, sauf si un covoyageur peut vous remplacer comme conducteur.

Les assurés qui voyageaient avec vous sont également rapatriés en Belgique s'ils ne peuvent rentrer chez eux de la manière initialement prévue.

c Rapatriement de la dépouille mortelle

En cas de décès à l'étranger, Fidea-Assistance se charge du rapatriement de la dépouille mortelle vers le domicile ou le cimetière en Belgique.

Nous prenons également en charge les frais du traitement "post mortem" et de cercueil jusqu'à 1 000 EUR au maximum.

Si les funérailles ont lieu à l'étranger, Fidea-Assistance paie les frais funéraires jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait dû payer en cas de rapatriement de la dépouille mortelle.

d Voyage de membres de la famille

Si la durée probable de votre hospitalisation pour cause de maladie ou d'accident dépasse cinq jours, Fidea-Assistance organise le voyage aller et retour d'un membre de la famille (ou d'une autre personne désignée) au départ de la Belgique. Les frais de séjour de cette personne sont remboursés jusqu'à 75 EUR par jour pendant un maximum de 7 jours.

En cas de décès, la même assistance est accordée à un proche parent.

e Retour anticipé

Fidea-Assistance se charge de votre voyage de retour en Belgique si votre retour est nécessaire parce que :

- une personne qui habite à votre foyer ou un parent jusqu'au deuxième degré est décédé(e) ou se trouve en danger de mort, ou en cas d'hospitalisation d'un enfant mineur;
- votre habitation a été très sérieusement endommagée.

f Séjour prolongé

Fidea-Assistance paie les frais de séjour supplémentaires si :

- vous devez interrompre votre voyage pendant 48 heures au moins en raison des conditions atmosphériques, d'une grève ou d'un autre cas de force majeure;

- vous devez rester sur place plus longtemps que prévu en raison d'une maladie, d'un accident ou de mise en quarantaine.

Ces frais sont payés jusqu'à concurrence de 75 EUR par jour et par personne, avec un maximum de 7 jours.

g Aide urgente

Fidea-Assistance se charge de vous envoyer ou de mettre à votre disposition :

- les médicaments dont vous avez besoin si ceux-ci ne peuvent pas être achetés sur place;
- les lunettes et autres prothèses ou appareils orthopédiques indispensables en remplacement de ceux qui ont été endommagés ou que vous avez perdus en voyage;
- une valise avec des vêtements et des objets personnels en remplacement des bagages perdus ou volés. Cette valise doit nous être apportée par une personne que vous désignerez;
- les titres de transport en cas de perte ou de vol des documents originaux;
- un montant d'un maximum de 1 000 EUR en cas de perte ou de vol d'argent, de cartes de crédit ou de chèques; nous nous chargeons aussi de remplir les formalités requises auprès de votre institution financière.

Fidea-Assistance prend uniquement en charge les frais d'envoi et de mise à disposition de l'aide que vous avez demandée. Les autres frais (achat de médicaments, lunettes, bagages, titres de transport, etc.) restent à votre charge; vous devrez les rembourser sur simple demande dans le mois. Il en va de même pour la somme d'argent que nous vous aurons avancée.

En outre, Fidea-Assistance rembourse les frais administratifs liés au remplacement des documents d'identification perdus (passeport, carte d'identité, permis de conduire ou visa), dans la mesure où, sur place, vous remplissez les formalités nécessaires auprès de la police, de l'ambassade ou de toute autre instance compétente.

Enfin, Fidea-Assistance se charge de transmettre des messages urgents à des membres de la famille ou d'autres personnes si vous ne pouvez pas les joindre.

3 Dispositions communes

a Notre philosophie en matière d'assistance

Fournir une assistance ne se limite pas à "assurer". Nous savons parfaitement que, en fonction de la situation d'urgence

dans laquelle vous vous trouvez, vous pouvez avoir besoin d'une solution autre que celle que nous avons décrite dans les conditions de police. Nous sommes d'ailleurs disposés à envisager une autre solution avec vous, jusqu'à concurrence des limites d'indemnisation prévues.

b Mode de transport

Sauf stipulation contraire, le transport des personnes qui ont droit aux prestations d'assistance s'effectue par avion en classe "economy" ou, si la distance à parcourir jusqu'à votre domicile est inférieure à 1 000 km, par train en première classe.

c Cas de non-assurance

Fidea-Assistance ne doit pas accorder d'intervention :

- lorsque l'assistance n'a pas été demandée au moment même de l'événement ou lorsque l'assistance n'a pas été apportée par elle ni avec son accord;
- en cas de complications de grossesse après le sixième mois ni pour les frais d'accouchement;
- pour les complications ou aggravations d'une maladie existante si vous n'avez pas suivi le traitement prescrit;
- pour les cas et événements causés par :
 - un fait intentionnel de votre part;
 - l'utilisation d'appareils de navigation aérienne, autrement que comme passager;
 - votre pratique lucrative du sport;
 - votre participation à des concours de vitesse et d'adresse avec des véhicules automoteurs;
 - des faits de guerre et d'émeute;
 - des réactions nucléaires, la radioactivité et des radiations ionisantes;
 - les conséquences directes en Belgique des tremblements de terre et des éruptions volcaniques.

Les prestations financières accordées par Fidea-Assistance sont toujours limitées aux dépenses imprévues et supplémentaires, c'est-à-dire aux frais que vous n'auriez pas eus si l'événement pour lequel l'assistance est demandée ne s'était pas produit. Si Fidea-Assistance s'est occupée elle-même de votre transport, vous devez lui céder les titres de transport non utilisés.

d Intervention de la mutuelle

Fidea-Assistance intervient après épuisement des prestations accordées par la mutuelle en matière d'assistance et de remboursement des frais médicaux. En raison de ce caractère complémentaire de l'assurance, nous vous demandons (particulièrement en cas de séjour à l'étranger) de

remplir toutes les formalités nécessaires en vue de pouvoir faire appel aux prestations de la mutuelle.

Si vous faites appel à Fidea-Assistance, vous devez communiquer le nom de votre mutuelle, afin que l'assistance puisse se faire en concertation avec cet organisme.

e Foce majeure

Fidea-Assistance ne peut être tenue pour responsable des retards, lacunes ou empêchements dans l'exécution des missions d'assistance, lorsque leur déroulement normal est perturbé par des faits de guerre, grève, émeute, terrorisme, sabotage, radioactivité, radiations ionisantes, catastrophes naturelles ou autres situations extrêmes rendant l'assistance pratiquement impossible comme par exemple dans des régions inaccessibles.

f Recours

Fidea-Assistance peut procéder au recouvrement de toutes ses dépenses auprès des personnes qui en sont responsables.

Sauf en cas de fait intentionnel, Fidea-Assistance n'exerce pas ce droit contre le preneur d'assurance, vous-même, vos parents et alliés en ligne directe, votre conjoint, les personnes habitant sous votre toit, vos invités et votre personnel domestique.

L'abandon de recours ne s'applique pas dans la mesure où la personne responsable peut effectivement reporter les dommages sur une assurance de responsabilité, ni en cas de fait intentionnel.

COMMENT NOUS CONTACTER ?

Par téléphone : formez le numéro d'accès au réseau téléphonique international, suivi de 32 16 24 30 26.

Par fax : formez le numéro d'accès au réseau téléphonique international, suivi de 32 16 43 24 10.

ASSURANCE ACCIDENTS SUR LA BASE D'UNE RÉMUNÉRATION ANNUELLE CONVENUE

Définitions

Dans la présente police, il faut entendre par :

Vous :

Les personnes qui sont mentionnées comme assurées dans les conditions particulières; elles perdent leur qualité d'assuré à la première échéance qui suit leur 65e anniversaire.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a La présente assurance s'applique pendant l'exploitation de l'entreprise assurée désignée dans les conditions particulières. Elle s'applique en outre également durant votre vie privée.

b Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

c Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas d'incapacité permanente de travail et une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves;
- une indemnité en cas de décès ou le remboursement des frais funéraires;
- une indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

3 Indemnités

Les indemnités sont calculées sur la base d'une rémunération annuelle fixe convenue dont le montant est mentionné dans les conditions particulières.

a En cas d'incapacité permanente de travail

Modalités

Dès que vous encourez une incapacité économique permanente de travail de plus de 5 %, nous vous payons une indemnité proportionnelle au degré de votre incapacité. Ce degré est fixé compte tenu de votre activité professionnelle ainsi que de vos possibilités, le cas échéant après recyclage, d'exercer une autre profession compatible avec votre formation, votre carrière professionnelle et votre environnement social.

Le degré d'incapacité économique permanente de travail est fixé au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après la date de l'accident.

Les indemnités en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente de travail ne peuvent pas être cumulées.

Calcul

L'indemnité pour incapacité permanente de travail est calculée en multipliant la partie de la rémunération annuelle convenue qui correspond au degré de l'incapacité de travail par votre coefficient d'âge applicable à la date de la consolidation.

Vous trouverez les coefficients d'âge applicables dans le tableau figurant à la fin de la présente assurance.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

b En cas de lésions permanentes graves

Modalités

Si vous encourez une incapacité permanente de travail de **67 % ou plus**, nous payons une intervention financière complémentaire.

Vous pouvez affecter cette intervention au paiement de divers frais qu'une telle incapacité de travail entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;

- pour les travaux de transformation de votre habitation et de votre voiture;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle.

Calcul

Le montant de cette intervention est égal à deux fois et demie la rémunération annuelle convenue.

c En cas de décès

Modalités

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons une indemnité au conjoint cohabitant et aux enfants jusqu'à 25 ans qui sont encore à charge.

À défaut de ces ayants droit, nous payons l'indemnité au successeur testamentaire désigné. Lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement.

Si vous décédez sans bénéficiaire, nous payons les frais funéraires jusqu'à un montant de 5 000 EUR à la personne qui a pris ces frais en charge.

Calcul

L'indemnité due au conjoint cohabitant ou au(x) successeur(s) testamentaire(s) s'obtient en multipliant 30 % de la rémunération annuelle convenue par le coefficient correspondant à l'âge de la personne décédée.

Vous trouverez le coefficient d'âge dans le tableau figurant à la fin de la présente assurance.

Pour les enfants jusque 25 ans, nous appliquons un autre calcul :

- par enfant qui n'a plus de mère ou de père, nous multiplions 15 % de la rémunération annuelle convenue par le coefficient correspondant à l'âge de l'enfant au moment du décès.
S'il y a plus de trois enfants, le pourcentage de 15 % est remplacé par un pourcentage qui s'obtient en divisant 45 % par le nombre d'enfants ayants droit;
- si, du fait du décès, les enfants sont devenus orphelins de père et de mère, pour le calcul de l'indemnité nous augmentons les pourcentages mentionnés ci-dessus de 15 % à 20 % par enfant et de 45 % à 60 % lorsqu'il y a plus de trois enfants.

d En cas d'incapacité temporaire de travail

Modalités

En cas d'incapacité temporaire de travail, nous vous payons une indemnité pendant la période où cette incapacité de travail s'élève à 25 % au moins. L'indemnité est due jusqu'au moment où les lésions sont consolidées, mais au plus tard jusque trois ans après la date de l'accident.

Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante d'incapacité de travail dont la durée est mentionnée dans les conditions particulières.

Calcul

Nous calculons l'indemnité pour incapacité temporaire de travail non pas sur la base d'une rémunération annuelle convenue, mais en fonction de l'indemnité journalière qui est mentionnée dans les conditions particulières. Nous vous payons une indemnité proportionnelle au degré d'incapacité, que nous fixons en tenant compte de vos occupations habituelles.

4 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés par accident et par assuré jusqu'à concurrence du montant mentionné dans les conditions particulières.

Nous n'appliquons pas cette limitation pendant la période d'hospitalisation en Belgique ni pendant les six mois qui suivent.

Une **hospitalisation** est un séjour médicalement nécessaire d'au moins une nuit dans un hôpital ou un séjour dans un hôpital de jour. Le séjour dans un hôpital de jour est considéré comme une hospitalisation, à condition que les prestations médicales soient remboursées forfaitairement par l'INAMI sur la base de la convention nationale entre les hôpitaux et les mutuelles.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais du transport adapté nécessaire pour votre traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;

- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais du rapatriement en Belgique;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

5 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;

- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :

- les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.
- Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;

- les accidents survenus :

- dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
- pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;

- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;

- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;

- les accidents imputables :

- à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
- aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta;
- les accidents en tant que conducteur d'une moto de 50 cc ou plus.

6 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

7 Modalités de paiement

a Délais

Nous payons les indemnités et frais dus dans les trente jours après avoir été mis en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité de travail, du rapport de consolidation et des justificatifs nécessaires des frais exposés.

Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, comme par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité de travail.

Six mois après l'accident, nous payons une première partie de l'indemnité pour incapacité permanente de travail si la consolidation n'est pas encore possible à ce moment et s'il est probable que le degré de votre incapacité permanente de travail sera d'au moins 20 %.

Cette partie correspond à 10 % de l'indemnité due sur la base du degré d'incapacité tel qu'il a été fixé par notre médecin-conseil.

Nous répétons ce paiement chaque semestre, jusqu'à la date à laquelle les lésions sont consolidées.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons la rémunération annuelle convenue et le montant assuré en cas d'incapacité temporaire de travail, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié par l'Institut National de Statistique, et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

8 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

Ce règlement des litiges ne s'applique pas à la fixation de la première partie de l'indemnité qui est versée après six mois en cas d'incapacité permanente de travail.

9 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

10 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

Tableaux assurance accidents sur la base d'une rémunération annuelle convenue

VICTIME		ENFANTS JUSQUE 25 ANS	
Âge	Coefficient	Âge	Coefficient
18	18.7270	0	13.3567
19	18.5730	1	12.9417
20	18.4117	2	12.5068
21	18.2431	3	12.0510
22	18.0666	4	11.5732
23	17.8821	5	11.0726
24	17.6890	6	10.5479
25	17.4872	7	9.9979
26	17.2760	8	9.4216
27	17.0553	9	8.8176
28	16.8244	10	8.1845
29	16.5831	11	7.5210
30	16.3307	12	6.8256
31	16.0669	13	6.0968
32	15.7912	14	5.3329
33	15.5030	15	4.5322
34	15.2017	16	3.6931
35	14.8868	17	2.8134
36	14.5578	18	2.7403
37	14.2138	19	2.4602
38	13.8544	20	2.1123
39	13.4789	21	2.0841
40	13.0863	22	1.6526
41	12.6761	23	1.1245
42	12.2474	24	0.5085
43	11.7993		
44	11.3310		
45	10.8413		
46	10.3294		
47	9.7940		
48	9.2339		
49	8.6479		
50	8.0345		
51	7.3922		
52	6.7193		
53	6.0138		
+ 53	6.0138		

ASSURANCE ACCIDENTS AIDES NON SALARIÉS

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

L'entreprise assurée qui souscrit l'assurance au profit de ses aides non salariés.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a La présente assurance est applicable lorsque vous faites appel, pendant le nombre maximal de jours mentionné dans les conditions particulières, à des aides non salariés pour vous aider dans l'entreprise assurée. L'assurance s'applique également lorsque ces aides non salariés effectuent des travaux de jardinage ou ménagers au domicile des gérants, administrateurs ou associés de l'entreprise assurée. Pour la fixation du nombre maximal de jours, nous prenons en compte un jour entier par aide et par jour entamé.

b Ne sont pas considérés comme des aides non salariés :

- les personnes qui, au moment de l'accident, agissent comme des gens de métier indépendants;
- les personnes qui habitent chez les gérants, administrateurs ou associés et les enfants habitant ailleurs qui n'ont pas encore fondé de famille propre et sont entretenus par eux.

c Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

Lorsqu'à la suite des activités précisées ci-dessus, un aide non salarié est victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas d'incapacité permanente et une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves;
- une indemnité en cas de décès ou le remboursement des frais funéraires;
- une indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

a Dès que l'aide non salarié encourt une incapacité permanente de **plus de 5 %**, nous lui payons une indemnité proportionnelle au degré de son incapacité.

Le calcul de l'indemnité se fait comme suit :

- pour la partie du degré d'incapacité jusque 25 % : une part proportionnelle de 37 500 EUR;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 25 % jusque 50 % : sur la base de 75 000 EUR;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 50 % : sur la base de 112 500 EUR.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages tels qu'ils sont indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de l'exercice d'une activité professionnelle.

b En cas d'incapacité permanente de **67 % ou plus**, nous payons une intervention financière complémentaire.

La victime peut affecter cette intervention au paiement de divers frais qu'une telle incapacité entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux de transformation de son habitation et de sa voiture;
- pour le recyclage ou la rééducation;

- pour l'achat d'un chien d'aveugle.

Le montant de cette intervention est égal à 46 875 EUR.

4 Indemnité en cas de décès

Si l'aide non salarié décède dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons une indemnité de 12 500 EUR.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;
- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

Si l'aide non salarié décède sans bénéficiaire ou s'il est mineur d'âge le jour de l'accident, nous payons les frais funéraires jusqu'à un montant de 5 000 EUR à la personne qui a pris ces frais en charge.

L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

5 Indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, nous payons à l'aide non salarié une indemnité journalière proportionnelle à son degré d'incapacité. En cas d'incapacité totale, cette indemnité s'élève à 13 EUR par jour. Nous fixons le degré d'incapacité en tenant compte des occupations habituelles.

L'indemnité est due jusqu'au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard jusque deux ans après la date de l'accident. Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante de trente jours d'incapacité de travail.

L'aide non salarié qui est encore mineur d'âge le jour de l'accident ne reçoit pas d'indemnité.

6 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés jusqu'à un montant de 12 500 EUR au maximum par accident et par assuré.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais du transport adapté nécessaire pour le traitement de la victime dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais du rapatriement en Belgique;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque la personne assurée est égarée ou disparue ou qu'elle se trouve dans une situation la mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de la famille passant la nuit à l'hôpital auprès de la victime hospitalisée.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Ce délai de cinq ans ne s'applique pas aux frais des interventions chirurgicales qui ne peuvent être effectuées que lorsque la croissance physique de la victime est terminée.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, l'aide non salarié n'a pas droit aux prestations de la sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, qu'il est ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

La part propre de la victime dans les frais assurés s'élève à **125 EUR**.

Si la victime est affiliée à la mutuelle pour les "gros risques", cette part s'élève à **300 EUR**.

7 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- les accidents survenus sur le chemin pour se rendre à l'endroit où le travail non salarié est effectué et en revenir; la notion de chemin est interprétée par analogie avec la notion de "chemin du travail" dans la loi sur les accidents du travail;
- les accidents survenus aux personnes âgées de 75 ans ou plus;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;

- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

8 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

9 Modalités de paiement

a Délais

Nous payons les indemnités et frais dus dans les trente jours après avoir été mis en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité de travail, du rapport de consolidation et des justificatifs nécessaires des frais exposés.

Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, comme par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité de travail.

Six mois après l'accident, nous payons une première partie de l'indemnité pour incapacité permanente, si la consolidation n'est pas encore possible et si le degré d'incapacité permanente probable est d'au moins 20 %.

Cette partie correspond à 10 % de l'indemnité due sur la base du degré d'incapacité tel qu'il a été fixé par notre médecin-conseil.

Ce paiement est répété chaque semestre jusqu'à la date de consolidation des lésions.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons les montants assurés pour les cas de décès et d'incapacité permanente et temporaire et l'intervention complémentaire en cas de lésions

permanentes graves, ainsi que la prime due à cet effet, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié par l'Institut National de Statistique, et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

10 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, la victime a le droit de se faire assister, à ses propres frais, d'un médecin de son choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre les médecins des deux parties, celles-ci désignent de commun accord un troisième médecin qui décide. Les frais et honoraires de ce 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.

Ce règlement des litiges ne s'applique pas à la fixation de la première partie de l'indemnité qui est versée après six mois en cas d'incapacité permanente.

11 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

L'assuré et le bénéficiaire renoncent également à leur droit de recours, jusqu'à concurrence des paiements qu'ils ont reçus, à l'encontre de l'entreprise assurée et des personnes qui sont assurées dans l'assurance responsabilité de l'entreprise.

12 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si l'assuré et le bénéficiaire sont d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès qu'ils en auront reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS MEMBRES DE LA FAMILLE

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

- les personnes mentionnées nommément comme assurées dans les conditions particulières; elles perdent leur qualité d'assuré à la première échéance qui suit leur 75e anniversaire;
- les enfants et petits-enfants du preneur d'assurance ou de son partenaire cohabitant, s'ils sont mentionnés comme 'assurés' dans les conditions particulières; les (petits-)enfants perdent leur qualité d'assuré au moment où ils n'habitent plus sous le toit du preneur d'assurance, sauf s'ils ne reçoivent aucun revenu professionnel ni de remplacement et s'ils sont encore entretenus par le preneur d'assurance et/ou son partenaire cohabitant.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a Pour les **assurés qui sont mentionnés nommément** dans les conditions particulières, l'assurance s'applique dans leur vie privée et pendant l'exploitation de l'entreprise assurée. À leur demande, il est possible que seule la vie privée soit assurée. Dans ce cas, ceci est mentionné dans les conditions particulières.

b Pour les **enfants** qui sont assurés en groupe, l'assurance s'applique dans leur vie privée et alors qu'ils aident en tant que non-salariés dans l'exploitation de l'entreprise assurée. Si vous ne souhaitez pas assurer d'enfants, ce choix est également mentionné dans les conditions particulières.

c Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

d Par **accident**, nous entendons un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion corporelle constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime. Nous admettons que les élongations ou déchirures de tendons, muscles ou ligaments sont la conséquence d'un accident si elles se manifestent soudainement pendant un effort.

L'énumération de ces lésions n'est pas limitative quant à l'interprétation de la notion d' "accident".

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas d'incapacité permanente et une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves;
- une indemnité en cas de décès;
- le remboursement des frais funéraires;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

a Dès que vous encourez une incapacité permanente de **plus de 5 %**, nous payons une indemnité proportionnelle au degré de votre incapacité. Le montant sur la base duquel nous calculons l'indemnité est mentionné dans les conditions particulières.

Le calcul de l'indemnité se fait comme suit :

- pour la partie du degré d'incapacité jusque 25 % : une part proportionnelle du montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 25 % jusque 50 % : sur la base de deux fois le montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 50 % : sur la base de trois fois le montant assuré.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages tels qu'ils sont indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de l'exercice d'une activité professionnelle.

b En cas d'incapacité permanente de **67 % ou plus**, nous payons une intervention financière complémentaire, que

vous pouvez affecter au paiement de divers frais qu'un tel handicap entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux d'adaptation de votre habitation et de votre voiture;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle.

Le montant de cette intervention est mentionné dans les conditions particulières.

4 Indemnité en cas de décès

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons l'indemnité qui est mentionnée dans les conditions particulières.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;
- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

L'indemnité en cas d'incapacité permanente et l'indemnité en cas de décès ne peuvent pas être cumulées.

5 Remboursement des frais funéraires

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous remboursons les frais funéraires jusqu'à un montant de 5 000 EUR à la personne qui les a réellement exposés.

6 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés par accident et par assuré jusqu'à concurrence du montant mentionné dans les conditions particulières.

Nous n'appliquons pas cette limitation pendant la période d'hospitalisation en Belgique ni pendant les six mois qui suivent.

Une **hospitalisation** est un séjour médicalement nécessaire d'au moins une nuit dans un hôpital ou un séjour dans un hôpital de jour. Le séjour dans un hôpital de jour est considéré comme une hospitalisation, à condition que les prestations médicales soient remboursées forfaitairement par l'INAMI sur la base de la convention nationale entre les hôpitaux et les mutuelles.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais de transport adapté nécessaire pour votre traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais de rapatriement en Belgique;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Ce délai de cinq ans ne s'applique pas aux frais liés à des interventions chirurgicales qui ne peuvent être effectuées que lorsque votre croissance physique est terminée.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la

mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

7 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant la détérioration ou le détournement malveillants de biens.Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice ou qui est âgé de moins de 16 ans;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;

- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta;
- les accidents en tant que conducteur d'une moto de 50 cc ou plus.

8 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

9 Indemnités définitivement acquises / avances

Selon votre choix, les indemnités garanties sont versées :

- soit à titre d'indemnités définitivement acquises, que vous pouvez cumuler de manière illimitée avec d'autres indemnités pour le même accident;
- soit à titre d'avance sur les indemnités qui sont dues par la partie qui doit légalement intervenir, à savoir la personne responsable de l'accident, l'assureur auto ou le Fonds commun de Garantie automobile; dans ce cas, le solde vous est définitivement acquis; par ailleurs, nous sommes subrogés dans tous vos droits et dans ceux des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses.

Le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires, ainsi que des frais funéraires, a toujours lieu sur

la base du régime d'avances précisé ci-dessus, lorsque ces frais sont dus par quelqu'un d'autre.

10 Modalités de paiement

a Délais

Nous payons les indemnités et frais dus dans les trente jours après être entrés en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité, du rapport de consolidation et des documents justificatifs nécessaires des frais exposés.

Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, comme par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité permanente.

Six mois après l'accident, nous payons une première partie de l'indemnité pour incapacité permanente, si la consolidation n'est pas encore possible et si le degré d'incapacité permanente probable est d'au moins 20 %.

Cette partie correspond à 10 % de l'indemnité due sur la base du degré d'incapacité tel qu'il a été fixé par notre médecin-conseil.

Ce paiement est répété chaque semestre jusqu'à la date de consolidation des lésions.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons les montants assurés pour les cas de décès et d'incapacité permanente et l'intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves, ainsi que la prime due à cet effet, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié par l'Institut National de Statistique, et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

11 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

Ce règlement des litiges ne s'applique pas à la fixation de la première partie de l'indemnité qui est versée après six mois en cas d'incapacité permanente.

12 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENTS DU TRAVAIL SUR LA BASE D'UN MULTIPLE DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE

La présente assurance est une extension de l'assurance obligatoire accidents du travail qui a été souscrite chez nous.

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise assurée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

La présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident et dans la mesure où la loi belge sur les accidents du travail est applicable.

2 Description de l'assurance

a Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

b Nous calculons les indemnités sur la base de la différence entre votre rémunération annuelle réelle et le maximum légal. Votre rémunération annuelle réelle est la rémunération telle qu'elle est calculée dans la loi (du 10 avril 1971) sur les accidents du travail; elle est limitée au montant indiqué dans les conditions particulières.

Si vous êtes occupé en vertu d'un ou de plusieurs contrats de travail à temps partiel, la rémunération annuelle sera fixée, pour le calcul de toutes les indemnités, en tenant compte exclusivement de la rémunération qui est due en vertu du contrat de travail conclu avec le preneur d'assurance.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente de travail, l'indemnité est proportionnelle au degré d'incapacité.

Nous calculons votre indemnité sur la base de la formule de multiple qui est mentionnée dans les conditions particulières. Le degré d'incapacité permanente de travail est fixé comme dans l'assurance obligatoire accidents du travail.

4 Indemnité en cas de décès

En cas de décès, nous calculons l'indemnité sur la base de la formule de multiple mentionnée dans les conditions particulières.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;
- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

Si vous décédez sans bénéficiaire nous payons, en lieu et place de l'indemnité, les frais funéraires réellement exposés, jusqu'à 5 000 EUR, à la personne qui les a payés.

L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente de travail ne peuvent pas être cumulées.

5 Indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité de travail. Nous

calculons votre indemnité comme mentionné dans les conditions particulières.

L'indemnité est versée pour la durée mentionnée dans les conditions particulières. Elle cesse en tout cas 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.

6 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Nous payons les frais de soins médicaux et les frais similaires qui ne sont pas remboursés par l'assurance accidents du travail jusqu'à un montant de 5 000 EUR au maximum par assuré et par accident.

b Frais assurés

Nous payons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

Nous ne payons pas les prothèses, les appareils orthopédiques ni les frais de déplacement, étant donné qu'ils sont déjà indemnisés par l'assurance obligatoire accidents du travail.

7 Modalités de paiement

Nous payons l'indemnité pour incapacité permanente de travail ou pour décès dans les trente jours après l'entérinement, par le Fonds des Accidents du Travail, de l'accord entre les parties concernées. À défaut d'accord, le délai commence à courir à partir du jugement définitif du tribunal du travail.

Nous payons l'indemnité pour incapacité temporaire de travail au même moment que l'indemnité qui est payée dans l'assurance obligatoire accidents du travail.

Nous payons les frais de soins médicaux et frais similaires dus dans les trente jours après être entrés en possession des documents justificatifs nécessaires des frais exposés. Nous payons ces frais jusqu'à la date de l'entérinement par

le Fonds des Accidents du Travail de l'accord entre les parties concernées ou jusqu'à la date du jugement du tribunal du travail.

8 Exclusions

Sont exclus :

- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

9 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation

n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

10 Indemnisation obligatoire des usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS VIE PRIVÉE SUR LA BASE D'UN MULTIPLE DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE

Définitions

Vous :

Les travailleurs salariés de l'entreprise assurée qui sont mentionnés comme assurés dans les conditions particulières. Le travailleur salarié perd la qualité d'assuré à la première échéance qui suit son 65e anniversaire.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a La présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident dans votre vie privée.

b Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

c Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

a Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

b Nous calculons votre indemnité sur la base de votre rémunération annuelle réelle fixée conformément à la loi sur les accidents du travail, avec pour maximum le montant mentionné dans les conditions particulières.

Si vous êtes occupé en vertu d'un ou de plusieurs contrats de travail à temps partiel, la rémunération annuelle sera fixée, pour le calcul de toutes les indemnités, en tenant compte exclusivement de la rémunération qui est due en vertu du contrat de travail conclu avec le preneur d'assurance.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, l'indemnité est proportionnelle au degré d'incapacité.

Nous calculons votre indemnité sur la base de la formule de multiple qui est mentionnée dans les conditions particulières.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages tels qu'ils sont indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de l'exercice d'une activité professionnelle.

4 Indemnités en cas de décès

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous calculons l'indemnité sur la base de la formule de multiple mentionnée dans les conditions particulières.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;
- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

Si vous décédez sans bénéficiaire nous payons, en lieu et place de l'indemnité, les frais funéraires réellement exposés, jusqu'à 5 000 EUR, à la personne qui les a payés.

L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

5 Indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité de travail. Nous calculons votre indemnité comme mentionné dans les conditions particulières.

L'indemnité est versée pour la durée mentionnée dans les conditions particulières. Elle cesse en tout cas 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.

Si vous recevez une intervention de votre mutuelle pour la même période, cette indemnité est portée en déduction. Nous fixons votre degré d'incapacité de travail compte tenu de vos occupations habituelles.

6 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés par accident et par assuré jusqu'à concurrence du montant mentionné dans les conditions particulières.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais du transport adapté nécessaire pour votre traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais du rapatriement en Belgique;

- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

7 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents survenus pendant une période d'absence pour laquelle le preneur d'assurance ne paie aucune rémunération;
- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;

- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

8 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

9 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

10 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

11 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS SUR LA BASE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Définitions

Vous :

Les personnes qui sont mentionnées comme assurées dans les conditions particulières; elles perdent leur qualité d'assuré à la première échéance qui suit leur 65e anniversaire.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a Sauf mention contraire dans les conditions particulières, la présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident dans votre vie privée et professionnelle.

b Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

c Par vie professionnelle, nous entendons l'activité telle qu'elle est décrite dans les conditions particulières.

d Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

Les suppléments et les indemnités pour les situations d'aggravation temporaire ne sont pas assurés.

3 Indemnités

a Principe

Dans la présente assurance, les indemnités sont déterminées de la même manière que dans la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, sauf quelques divergences que nous décrivons ci-après.

b Divergences

Étant donné qu'il s'agit d'une assurance libre, nous divergeons des règles légales dans un certain nombre de situations.

En cas d'incapacité permanente de travail et si votre incapacité est inférieure à 16 %, vous recevez un capital non indexé immédiatement après l'expiration du délai de révision légal.

À partir d'une incapacité de 16 %, vous avez le choix entre :

- une rente viagère comme dans l'assurance légale;
- la conversion de la rente en un paiement unique de capital.

Vous devez nous faire connaître votre choix dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai de révision.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

En cas de décès, vos ayants droit disposent du même choix. Si tous les bénéficiaires ne sont pas d'accord sur le paiement d'un capital, nous indemnisons sous la forme d'une rente. Nous payons au plus tard jusqu'à l'âge de 25 ans l'indemnité qui est due aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs.

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité de travail; cette indemnité n'est due que si l'incapacité de travail est d'au moins 25 %. L'indemnité que vous recevez de votre mutuelle pour la même période est intégralement portée en déduction.

Nous ne vous payons pas d'indemnité pour la période durant laquelle votre employeur doit vous payer une rémunération garantie.

c Calcul

Les indemnités sont calculées sur la base d'une rémunération annuelle fixe convenue dont le montant est mentionné dans les conditions particulières.

Pour la conversion de la rente en un capital, nous appliquons le barème légal. Il s'agit du Barème F (tarif I h/f) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 24.12.1987 et tel qu'il est actualisé dans l'arrêté royal du 12.08.1994. Pour le capital qui est attribué aux enfants, petits-enfants, frères et soeurs, nous nous basons sur le Barème F (tarif II) tel qu'il est fixé dans l'arrêté royal du 21.12.1971.

d Indexation

Nous indexons les indemnités dans les cas déterminés par la loi. Si l'indexation que nous devons appliquer en vertu de la loi est supérieure au taux d'intérêt des bons de caisse à cinq ans des institutions publiques de crédit, l'indexation est limitée sur base annuelle au taux d'intérêt précité de ces bons de caisse.

Le taux d'intérêt ici visé est la moyenne pour les cinq dernières années des taux d'intérêt annuels moyens des bons de caisse visés ci-dessus, tels qu'ils sont définis par la Banque Nationale au début de l'année civile qui précède le paiement des indemnités.

À défaut de bons de caisse, nous utilisons comme base de référence une forme d'épargne équivalente. Cela se fait sous la surveillance de l'Office de Contrôle des Assurances.

Lorsque, dans les cas où vous avez le choix, vous optez pour le paiement d'un capital, nous ne vous devons pas d'indexation pour l'indemnité concernée.

4 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Garantie de base

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont remboursés conformément à l'assurance accidents du travail belge. Ces frais sont remboursés après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

b Garantie complémentaire

Principe

Si cela est mentionné dans les conditions particulières, nous payons les frais de soins médicaux et les frais similaires qui ne sont pas remboursés par l'assurance accidents du travail, jusqu'à concurrence d'un montant de 5 000 EUR au maximum par assuré et par accident.

Modalités

Nous payons les frais suivants :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

La présente garantie ne s'applique pas aux prothèses, aux appareils orthopédiques ni aux frais de déplacement, puisqu'ils sont assurés dans la garantie de base.

c Délai de paiement et part propre

Les frais de soins médicaux et frais similaires, à l'exception des frais de prothèses et d'appareils orthopédiques, sont assurés jusqu'à la date d'expiration du délai de révision.

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

5 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au

moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affectation n'avait pas encore été posé;

- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.
Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta;
- les accidents en tant que conducteur d'une moto de 50 cc ou plus.

6 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

7 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

8 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

9 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS SUR LA BASE D'UN MULTIPLE DE LA RÉMUNÉRATION ANNUELLE

Définitions

Vous :

Les personnes qui sont mentionnées comme assurées dans les conditions particulières; elles perdent leur qualité d'assuré à la première échéance qui suit leur 65e anniversaire.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a Sauf mention contraire dans les conditions particulières, la présente assurance s'applique lorsque vous êtes victime d'un accident dans votre vie privée et professionnelle.

b Par vie privée, nous entendons la partie privée de votre vie, lorsque vous n'exercez aucune activité professionnelle.

c Par vie professionnelle, nous entendons l'activité telle qu'elle est décrite dans les conditions particulières.

d Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

a Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

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

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

b Les indemnités sont calculées sur la base d'une rémunération annuelle fixe convenue dont le montant est mentionné dans les conditions particulières.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

En cas d'incapacité permanente, l'indemnité est proportionnelle au degré d'incapacité.

Nous calculons votre indemnité sur la base de la formule de multiple qui est mentionnée dans les conditions particulières.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages tels qu'ils sont indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de l'exercice d'une activité professionnelle.

4 Indemnités en cas de décès

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous calculons l'indemnité sur la base de la formule de multiple mentionnée dans les conditions particulières.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;
- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

Si vous décédez sans bénéficiaire nous payons, en lieu et place de l'indemnité, les frais funéraires réellement exposés, jusqu'à 5 000 EUR, à la personne qui les a payés.

L'indemnité en cas de décès (frais funéraires compris) et l'indemnité en cas d'incapacité permanente ne peuvent pas être cumulées.

5 Indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité de travail. Nous calculons votre indemnité comme mentionné dans les conditions particulières.

L'indemnité est versée pour la durée mentionnée dans les conditions particulières. Elle cesse en tout cas 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.

Si vous recevez une intervention de votre mutuelle pour la même période, cette indemnité est portée en déduction.

Nous fixons votre degré d'incapacité de travail compte tenu de vos occupations habituelles.

6 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés par accident et par assuré jusqu'à concurrence du montant mentionné dans les conditions particulières.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais du transport adapté nécessaire pour votre traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais du rapatriement en Belgique;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

7 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;

- les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
- les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.
Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;
- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta;
- les accidents en tant que conducteur d'une moto de 50 cc ou plus.

8 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

9 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

10 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

11 Indemnisation obligatoire pour les usagers faibles de la route

La présente assurance ne s'applique pas aux indemnités et frais qui sont dus sur la base des règles d'indemnisation de certaines victimes de la route telles que piétons, cyclistes et passagers (art. 29 bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs).

Mais nous sommes disposés à payer ces indemnités et frais à titre d'avance, si vous êtes d'accord de nous céder la demande de paiement ou de nous rembourser les indemnités et frais dès que vous en aurez reçu le paiement.

ASSURANCE ACCIDENTS

Définitions

Dans la présente assurance, il faut entendre par :

Vous :

Les personnes mentionnées comme assurées dans les conditions particulières.

Nous :

Baloise Belgium sa, Siège social en Belgique City Link,
Posthofbrug 16, 2600 Antwerpen, TVA BE 0400.048.883,
RPR Antwerpen

1 Champ d'application

a La présente assurance s'applique pendant des travaux ou activités propres au risque désigné dans les conditions particulières.

b Un **accident** est un événement soudain et inattendu pour vous, qui entraîne une lésion constatable objectivement ou la mort et dont l'une des causes au moins est étrangère à l'organisme de la victime.

En cas de doute sur cette notion, nous nous référons à l'interprétation la plus large utilisée dans la législation sur l'indemnisation des usagers faibles de la route ou dans la législation sur les accidents du (chemin du) travail.

2 Description de l'assurance

Si vous êtes victime d'un accident, nous garantissons :

- une indemnité en cas d'incapacité permanente et une intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves;
- une indemnité en cas de décès;
- le remboursement des frais funéraires;
- une indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail;
- le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires.

Vous trouverez dans les conditions particulières les indemnités et frais que vous avez fait assurer.

3 Indemnité en cas d'incapacité permanente

a Dès que vous encourez une incapacité permanente de **plus de 5 %**, nous payons une indemnité proportionnelle au degré de votre incapacité. Le montant sur la base duquel nous calculons l'indemnité est mentionné dans les conditions particulières.

Le calcul de l'indemnité se fait comme suit :

- pour la partie du degré d'incapacité jusque 25 % : une part proportionnelle du montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 25 % jusque 50 % : sur la base de deux fois le montant assuré;
- pour la partie du degré d'incapacité au-delà de 50 % : sur la base de trois fois le montant assuré.

Nous ne portons une incapacité déjà existante en diminution que si elle se rapporte à la même partie du corps ou à la même fonction corporelle que celle qui a été touchée par l'accident assuré.

La fixation du degré d'incapacité se fait au moment de la consolidation des lésions, mais au plus tard trois ans après le jour de l'accident.

Pour la fixation du degré d'incapacité, nous utilisons les pourcentages tels qu'ils sont indiqués dans le 'Barème officiel belge des invalidités', sans tenir compte de l'exercice d'une activité professionnelle.

b En cas d'incapacité permanente de **67 % ou plus**, nous payons une intervention financière complémentaire, que vous pouvez affecter au paiement de divers frais qu'un tel handicap entraîne, tels que les frais :

- pour l'aide de tiers;
- pour les travaux d'adaptation de votre habitation et de votre voiture;
- pour le recyclage ou la rééducation;
- pour l'achat d'un chien d'aveugle.

Le montant de cette intervention est mentionné dans les conditions particulières.

4 Indemnité en cas de décès

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous payons l'indemnité qui est mentionnée dans les conditions particulières.

Cette indemnité est payée, par ordre successif :

- au conjoint cohabitant;

- aux enfants, y compris les personnes prenant la place d'un enfant déjà décédé;
- au successeur testamentaire désigné; lorsqu'il y a plusieurs successeurs testamentaires et qu'aucun d'eux n'a été désigné comme bénéficiaire, l'indemnité est répartie proportionnellement;
- aux héritiers légaux jusques et y compris du troisième degré.

L'indemnité en cas d'incapacité permanente et l'indemnité en cas de décès ne peuvent pas être cumulées.

5 Indemnité en cas d'incapacité temporaire de travail

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnité journalière est proportionnelle au degré d'incapacité. Les conditions particulières précisent sur la base de quel montant cette indemnité est calculée.

L'indemnité est payée pendant la période mentionnée dans les conditions particulières. Son paiement est en tout cas arrêté au moment de la consolidation des lésions. Nous ne payons pas d'indemnité pour le jour de l'accident ni pour la période suivante dont la durée est mentionnée dans les conditions particulières.

Nous fixons votre degré d'incapacité de travail compte tenu de vos occupations habituelles.

Si vous êtes mineur d'âge le jour de l'accident, vous ne recevez pas d'indemnité.

6 Remboursement des frais funéraires

Si vous décédez dans les trois ans qui suivent l'accident, nous remboursons les frais funéraires jusqu'à un montant de 5 000 EUR à la personne qui les a réellement exposés.

7 Frais de soins médicaux et frais similaires

a Montant assuré

Les frais de soins médicaux et frais similaires sont assurés par accident et par assuré jusqu'à concurrence du montant mentionné dans les conditions particulières.

b Frais assurés

Les frais assurés comprennent :

- les frais de soins médicaux sur prescription médicale;
- les frais de première prothèse et de premier appareil orthopédique ainsi que les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse intégrée dans le corps; nous remboursons les montures de lunettes jusque 250 EUR, les prothèses dentaires jusque 500 EUR par dent;
- les frais de transport adapté nécessaire pour votre traitement dans un hôpital ou un centre de rééducation;
- les frais de soins médicaux à l'étranger, si l'accident y est survenu et tant que le séjour y est nécessaire pour des raisons médicales; nous payons en outre les frais du rapatriement en Belgique;
- les frais de transport et de rapatriement de la dépouille mortelle vers le cimetière en Belgique.

Nous payons également :

- les frais de recherches et de sauvetage lorsque vous êtes égaré ou disparu ou que vous vous trouvez dans une situation vous mettant en danger immédiat;
- les frais de séjour, pendant trente jours au maximum, d'un membre de votre famille passant la nuit près de vous à l'hôpital pendant votre hospitalisation.

c Modalités

Nous payons les frais assurés jusque cinq ans après l'accident.

Ce délai de cinq ans ne s'applique pas aux frais liés à des interventions chirurgicales qui ne peuvent être effectuées que lorsque votre croissance physique est terminée.

Le remboursement a toujours lieu après épuisement de l'intervention de la mutuelle ou d'un autre organisme.

Si, pour l'une ou l'autre raison, vous n'avez pas droit aux prestations de sécurité sociale, nous supposons, pour le calcul de la déduction de la part propre et de l'intervention due par la mutuelle, que vous êtes ayant droit dans le régime des "gros risques".

d Part propre ou franchise

Le montant de la part propre dans les frais de soins médicaux et les frais similaires est mentionné dans les conditions particulières.

8 Exclusions

Sont exclus :

- les accidents auxquels la loi sur les accidents du travail est applicable;
- les accidents survenus aux personnes âgées de 75 ans ou plus;
- le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide; l'euthanasie légalement effectuée par suite d'un accident assuré est considérée comme une mort naturelle;
- les aggravations ou complications des conséquences d'un accident imputables aux affections suivantes : lésions dégénératives du système locomoteur, diabète ou affections du système vasculaire; cette exclusion n'est pas appliquée si vous apportez la preuve qu'au moment où vous êtes devenu assuré, le diagnostic de cette affection n'avait pas encore été posé;
- les accidents causés intentionnellement par la victime ou un ayant droit et les accidents résultant de leur faute lourde, à savoir :
 - les accidents imputables à l'ivresse ou à un état similaire résultant de la consommation de produits autres que des boissons alcoolisées;
 - les accidents causés par un conducteur ne satisfaisant pas aux conditions prescrites par les lois et règlements belges pour conduire le véhicule en question;
 - les accidents survenus pendant l'exposition volontaire à un danger exceptionnel et inutile;
 - les accidents survenus au cours d'actes de violence commis sur des personnes ou pendant le détournement ou la détérioration malveillant de biens.
Cette exclusion n'est pas appliquée à la victime ou à l'ayant droit qui n'est pas lui-même auteur ou complice;
- les accidents survenus :
 - dans un appareil de navigation aérienne, sauf comme simple passager à bord d'un appareil dûment autorisé au transport de personnes;
 - pendant la pratique lucrative du sport ou pendant la pratique en compétition des sports de combat, des sports motorisés, du ski, du skeleton et du bobsleigh, entraînements compris;
- 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 hostilités, si la Belgique n'y est pas impliquée et si l'assuré est surpris par leur survenance;

- les accidents imputables à une exposition à de l'asbeste ou à une contamination chimique ou biologique par suite d'une attaque terroriste;
- les accidents imputables :
 - à des réactions nucléaires, à la radioactivité, à des radiations ionisantes, à l'exception des radiations nécessaires à la suite d'un accident assuré;
 - aux conséquences directes en Belgique de tremblements de terre et d'éruptions volcaniques.

Sont exclus, sauf mention contraire dans les conditions particulières :

- les accidents résultant de la pratique de l'alpinisme, de la plongée sous-marine, de la spéléologie, du parachutisme et de l'aile delta;
- les accidents en tant que conducteur d'une moto de 50 cc ou plus.

9 Pays assurés

L'assurance s'applique dans le monde entier pour les assurés ayant leur résidence habituelle en Belgique.

10 Indemnités définitivement acquises / avances

Selon votre choix, les indemnités garanties sont versées :

- soit à titre d'indemnités définitivement acquises, que vous pouvez cumuler de manière illimitée avec d'autres indemnités pour le même accident;
- soit à titre d'avance sur les indemnités qui sont dues par la partie qui doit légalement intervenir, à savoir la personne responsable de l'accident, l'assureur auto ou le Fonds commun de Garantie automobile; dans ce cas, le solde vous est définitivement acquis; par ailleurs, nous sommes subrogés dans tous vos droits et dans ceux des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses.

Le remboursement des frais de soins médicaux et des frais similaires, ainsi que des frais funéraires, a toujours lieu sur la base du régime d'avances précisé ci-dessus, lorsque ces frais sont dus par quelqu'un d'autre.

11 Modalités de paiement

a Délais

Nous payons les indemnités et frais dus dans les trente jours après être entrés en possession des rapports requis sur le degré d'incapacité, du rapport de consolidation et des documents justificatifs nécessaires des frais exposés.

Ce délai de trente jours ne prend pas cours s'il existe encore une contestation sur la garantie d'assurance, comme par ex. un désaccord sur le degré de l'incapacité permanente.

Six mois après l'accident, nous payons une première partie de l'indemnité pour incapacité permanente, si la consolidation n'est pas encore possible et si le degré d'incapacité permanente probable est d'au moins 20 %.

Cette partie correspond à 10 % de l'indemnité due sur la base du degré d'incapacité tel qu'il a été fixé par notre médecin-conseil.

Ce paiement est répété chaque semestre jusqu'à la date de consolidation des lésions.

b Indexation

À chaque échéance annuelle, nous indexons les montants assurés pour les cas de décès et d'incapacité permanente et temporaire et l'intervention complémentaire en cas de lésions permanentes graves, ainsi que la prime due à cet effet, selon la proportion existant entre :

- le dernier indice connu de la rémunération horaire brute moyenne des ouvriers masculins majeurs de l'industrie, tel qu'il est publié par l'Institut National de Statistique, et
- l'indice de souscription mentionné dans les conditions particulières.

12 Détermination des conséquences de l'accident

Pour la détermination des conséquences de l'accident, vous avez le droit de vous faire assister, à vos propres frais, d'un médecin de votre choix.

En cas de décès, nous pouvons requérir une autopsie ou demander au médecin du défunt une déclaration concernant la cause du décès, dans la mesure où cela est nécessaire pour l'octroi de la garantie d'assurance.

En cas de divergence d'opinion entre votre médecin et le nôtre, nous désignons 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.

Ce règlement des litiges ne s'applique pas à la fixation de la première partie de l'indemnité qui est versée après six mois en cas d'incapacité permanente.

13 Abandon de recours

Nous sommes subrogés dans les droits et actions des assurés ou des bénéficiaires en vue de récupérer nos dépenses de la personne responsable de l'accident. Si l'indemnisation n'a été que partielle, les assurés ou les bénéficiaires peuvent exercer leurs droits par priorité.

Nous ne récupérons pas nos dépenses de l'entreprise assurée, d'un assuré ni d'une autre personne à l'encontre de qui, légalement, nous ne pouvons pas utiliser le droit de recours. Cet abandon de recours ne s'applique pas si l'intéressé a commis un acte de malveillance ou si sa responsabilité est effectivement couverte par une assurance.

L'assuré et le bénéficiaire renoncent également à leur droit de recours, jusqu'à concurrence des paiements qu'ils ont reçus, à l'encontre de l'entreprise assurée et des personnes qui sont assurées dans l'assurance responsabilité de l'entreprise.

Dans les articles suivants, "vous" désigne le preneur d'assurance.

DISPOSITIONS RELATIVES AU RÈGLEMENT DES DOMMAGES

a Lorsque survient un accident auquel la garantie de la présente police est applicable, vous (et, le cas échéant, le bénéficiaire) devez tenir compte d'un certain nombre d'obligations afin que nous puissions fournir les prestations convenues.

b Nous vous demandons :

- de prendre toutes les mesures raisonnables afin d'éviter ou de limiter les conséquences de l'accident;
- de déclarer l'accident dans les dix jours;
- de fournir tous les renseignements que nous demandons en rapport avec l'accident et d'apporter la coopération requise afin que l'accident puisse être réglé rapidement;
- de comparaître en personne au tribunal si cela est nécessaire et de poser tous les actes de procédure que nous estimons nécessaires;
- de ne poser aucun acte limitant notre droit légal de récupérer du tiers responsable les paiements que nous avons effectués.

c Le non-respect d'une des obligations qui précèdent nous donne le droit de réduire les prestations assurées ou de procéder à leur recouvrement jusqu'à concurrence du préjudice que nous avons subi du fait de votre omission.

Cependant, le non-respect d'un délai ne peut pas être considéré comme une omission si vous avez fait la notification demandée aussi rapidement qu'il vous était raisonnablement possible de le faire.

Nous pouvons refuser la garantie si vous avez agi dans une intention frauduleuse.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA POLICE

1 Communications

La police a été établie sur la base des renseignements que vous nous avez fournis.

Si une modification se produit dans les données mentionnées dans les conditions particulières pendant la durée des assurances, vous devez nous la signaler si, du fait de cette modification, le risque que le péril assuré se produise est diminué ou augmenté de manière permanente et considérable.

2 Conséquences d'un risque communiqué incorrectement ou modifié

Dès que nous apprenons que le risque réel ne correspond pas au risque tel qu'il a été communiqué, nous faisons dans le mois une proposition d'adaptation de la police au risque réel, à partir du jour où nous en avons eu connaissance. 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.

Vous êtes libre d'accepter ou non la proposition d'adaptation.

Si un sinistre survient avant que l'adaptation ou la résiliation de la police entre en vigueur, nous fournirons les prestations assurées s'il n'est pas possible de vous reprocher de ne pas avoir accompli votre devoir de communication.

Si cela peut vous être reproché, nous pouvons limiter les prestations assurées selon la proportion existant entre la prime payée et la prime que vous auriez dû payer si nous avions été renseignés correctement. Mais si nous pouvons prouver que nous n'aurions pas assuré le risque réel, nous pouvons limiter notre prestation au remboursement de toutes les primes.

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

3 Début et durée des assurances

Les assurances commencent à la date indiquée dans les conditions particulières, après signature de la police et paiement de la première prime.

La durée des assurances est également mentionnée dans les conditions particulières.

À la date d'expiration, les assurances sont reconduites tacitement pour une durée égale au nombre entier d'années de la première période d'assurance, sauf si l'une des parties s'y oppose par une lettre recommandée remise à la poste trois mois au moins avant la date d'expiration.

Les assurances commencent et prennent fin à zéro heure.

Quelle que soit la durée indiquée dans les conditions particulières, l'assurance "Assistance" et l' "assurance accidents à titre personnel" sont toujours résiliables annuellement.

4 Fin des assurances

Les dispositions de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre sont également applicables à l'assurance accidents du travail pour ce qui concerne les conditions, la manière et les délais dans lesquels il est mis fin à l'assurance, dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi sur les accidents du travail et ses arrêtés d'exécution. Si une disposition dérogatoire est applicable, nous le mentionnons ci-après.

a Changement de preneur d'assurance

Si l'entreprise assurée est vendue ou cédée ou change de forme sociale, vous devez poursuivre la police.

Si vous ne le faites pas, nous pouvons exiger une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle. Dans ce cas, la police vient à expiration à la date de ce changement ou de cette reprise.

Nous pouvons refuser la reprise du contrat et le résilier. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter du jour où la lettre de résiliation recommandée a été remise à la poste.

Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de fusion ou d'absorption par une autre entreprise, si cette dernière est liée par des obligations d'assurance en cours.

b Transfert après décès

À votre décès, les droits et obligations découlant de la présente police continuent d'exister dans le chef des nouveaux titulaires de l'intérêt assuré. Ils sont tenus solidairement et indivisiblement à notre égard, mais peuvent résilier la police au plus tard trois mois et quarante jours après le décès. Nous pouvons également résilier la police dans les trois mois après que nous avons eu connaissance du décès.

c Faillite

Au moment de votre faillite, les droits et obligations découlant de la présente police continuent d'exister au profit de la masse des créanciers, qui devient dès lors débiteur à notre égard pour ce qui concerne le paiement des primes échues depuis la déclaration de faillite.

Cependant, le curateur peut résilier la police dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite. Nous pouvons également résilier la police, mais au plus tôt trois mois après la déclaration de faillite.

d Perte d'agrément

L'assurance obligatoire accidents du travail prend fin de plein droit à partir de la date à laquelle nous ne sommes plus agréés pour pratiquer l'assurance accidents du travail.

e Résiliation après accident

Après un accident, l'assurance peut être résiliée par les deux parties au plus tard un mois après le premier paiement ou après le refus de payer. En cas d'accident du travail, il s'agit du premier paiement de l'indemnité journalière à la victime. Cette résiliation prend effet trois mois après sa notification. En cas d'accident du travail, ce délai est prolongé jusqu'à l'échéance annuelle suivante.

Ce droit de résiliation après un accident du travail ne vous est pas applicable si la durée de l'assurance est de trois ans et si votre moyenne annuelle de membres du personnel est supérieure à cent ou si le volume salarial assuré est supérieur à cent fois la rémunération de base annuelle maximale visée par l'article 39 de la loi sur les accidents du travail.

f Résiliation intermédiaire

Nous pouvons résilier l'assurance si vous n'avez pas payé la prime à l'expiration du délai de paiement indiqué dans la mise en demeure ou si vous ne respectez pas une autre obligation contractuelle.

Nous pouvons également résilier l'assurance si la législation est modifiée dans une telle mesure que les prestations assurées en sont considérablement alourdies. Cette possibilité ne s'applique pas à l'assurance accidents du travail. La résiliation prend effet un mois après sa notification.

g Résiliation en cas de modification du risque

Lorsque le risque a diminué et que vous demandez une diminution de prime, vous pouvez résilier l'assurance si vous

n'êtes pas d'accord avec notre proposition et ce, dans le mois qui suit votre demande.

Lorsque le risque s'est aggravé, nous pouvons résilier l'assurance si vous n'avez pas accepté l'adaptation dans le mois qui suit sa réception. Nous devons faire cette résiliation dans les quinze jours après avoir eu connaissance de votre refus ou après l'expiration du délai précité de trente jours si vous ne réagissez pas.

La résiliation prend effet un mois après sa notification.

5 Forme et effet de la résiliation

Une assurance se résilie au moyen d'une lettre recommandée. Pour les assurances autres que l'assurance accidents du travail, la résiliation peut également se faire par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre contre récépissé.

Le délai d'effet de la résiliation commence le lendemain de la date de la notification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de la remise à la poste.

Si l'assureur résilie l'assurance pour un motif autre qu'un accident du travail, cette résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain du jour où l'assureur a averti l'employeur de la résiliation par lettre recommandée.

Cette règle ne s'applique pas dans les cas prévus par l'article 4 § 2 (police présignée et demande d'assurance) et par l'article 16 (résiliation pour non-paiement de la prime) de la loi du 25 juin 1992.

Lorsqu'une assurance est résiliée par une partie, l'autre partie a le droit de résilier également pour la même date les autres assurances de la police.

6 Prime et paiement de la prime

a Paiement

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

Si vous ne payez pas une prime, taxe comprise, nous vous mettons en demeure de la payer 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).

La législation relative à la lutte contre les retards de paiement dans les transactions commerciales est applicable si la présente police a été souscrite à des fins professionnelles.

b Augmentation de tarif

Si nous modifions notre tarif, nous adaptons la prime à partir de la première échéance annuelle qui suit la notification de cette modification de tarif.

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette modification, vous pouvez résilier l'assurance pour cette échéance, dans les trente jours qui suivent la notification. Ce délai de trente jours est porté à trois mois si nous vous avons notifié cette modification moins de quatre mois avant l'échéance.

7 Dispositions diverses

Si l'assurance est souscrite par plus d'un preneur d'assurance, ils sont tenus solidairement et indivisiblement envers nous.

Nos communications sont faites valablement à votre dernière adresse connue. Toute communication que nous vous adressons est valable vis-à-vis de tous les assurés.

La présente police est régie par le droit belge et en particulier par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et ses arrêtés d'exécution. En cas de problèmes d'interprétation concernant les conditions de la présente police, la règle légale s'impose puisqu'il n'est pas possible d'y déroger.

Seuls les tribunaux belges sont compétents pour tous les litiges juridiques.

Les plaintes concernant la présente police peuvent être adressées à l'Office de Contrôle des Assurances, avenue de Cortenberg 61, 1000 Bruxelles. Mais vous conservez le droit d'intenter une procédure judiciaire.

Vous pouvez également vous adresser au service de médiation des assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles.