P&V Ideal Accidents Conditions générales

REF. P&V 693-11/2026

P&V est une marque de P&V Assurances SC

P&V Assurances SC, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles – www.groupepv.coop/ – info@pvgroup.be – RPM Bruxelles – TVA BE 0402.236.531 – IBAN BE75 0689 4521 8951 – BIC GKCBEBB – Entreprise d'assurances agréée sous le code 0058.

Site internet www.pv.be – Email : info@pv.be

Avant-propos

Chez P&V, nous sommes avec vous quoi qu'il arrive !

Vos garanties sont décrites dans les présentes conditions générales, qui sont complétées par les conditions particulières. Ces deux textes ont été rédigés afin de vous offrir un accompagnement transparent. Nous sommes conscients de la complexité de cette matière et avons dès lors tout mis en œuvre pour rendre ce texte aussi compréhensible que possible. Les présentes conditions sont conformes à l'ensemble des dispositions légales.

Les présentes conditions générales se composent de cinq volets. Les garanties prévues aux volets 1, 2 et 3 sont automatiquement acquises. Selon vos besoins, vous pouvez également ajouter à votre contrat les garanties optionnelles prévues au volet 4.

Volet 1 : Garantie légale accidents du travail
Volet 2 : Protection complémentaire en cas d'accident du travail
Volet 3 : Extensions automatiques de la couverture
Volet 4 : Garanties optionnelles
Volet 5 : Dispositions administratives

Extraits de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail
Lexique
Dispositions légales

Nous vous remercions pour votre confiance.

P&V, marque de P&V Assurances SC

Sommaire

Avant-propos 2

Sommaire 3

VOLET 1 – GARANTIE LEGALE ACCIDENTS DU TRAVAIL 5

Article 1 – Objet de la garantie légale et étendue territoriale 5

Article 2 – Rémunération pour le calcul de la prime 5

Article 3 – Manquements par le preneur d'assurance aux dispositions de sécurité et d'hygiène 5

Article 4 – Droit de recours 5

VOLET 2 – PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL 6

Article 5 – Frais de stationnement 6

Article 6 – Frais de déplacement 6

Article 7 – Intervention forfaitaire complémentaire en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 30 % 6

Article 8 – Préjudice esthétique 7

Article 9 – Intervention forfaitaire complémentaire dans les frais funéraires 7

Article 10 – Bourse d'études en cas de décès de l'assuré 7

Article 11 – Assistance psychologique en cas de décès 7

Article 12 – Assistance en cas d'accident du travail grave 8

Article 13 – Accompagnement dans le cadre de la réintégration 8

Article 14 – Outplacement 8

VOLET 3 – EXTENSIONS AUTOMATIQUES DE LA COUVERTURE 9

Chapitre 1 – Clauses de confort 9

Article 15 – Accidents de la vie privée pendant une mission à l'étranger 9

Article 16 – Capital décès en faveur du partenaire cohabitant 9

Article 17 – Accidents pendant le travail à domicile et sur certains trajets 9

Article 18 – Événements extraprofessionnels 10

Chapitre 2 – Extensions complémentaires 11

Article 19 – Travaux accessoires et travaux effectués pour compte privé 11

Article 20 – Nouveau siège d'exploitation 11

Article 21 – Abandon de recours 11

VOLET 4 – GARANTIES OPTIONNELLES 12

Chapitre 1 – Garanties optionnelles 12

Article 22 – Excédent Loi 12

Article 23 – Salaire garanti 12

Article 24 – Garantie Vie privée 12

Article 25 – Garantie Vie professionnelle pour les personnes non assujetties à l'ONSS 12

Article 26 – Garantie Accidents 24h/24 pour les personnes non assujetties à l'ONSS 12

Chapitre 2 – Dispositions relatives aux garanties optionnelles 13

Article 27 – Étendue et champ d'application territorial de certaines garanties optionnelles 13

Article 28 – Limitation des garanties 13

Article 29 – Modalités de souscription 15

Article 30 – Rémunérations 15

Article 31 – Prestations de la compagnie en cas de décès ... 15
Article 32 – Prestations de la compagnie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente ... 17
Article 33 – Prestations de la compagnie en cas d'incapacité temporaire ... 17
Article 34 – Prestations de la compagnie en frais de traitement ... 18
Article 35 – Assistance en cas d'accident grave ... 19
Article 36 – Accompagnement dans le cadre de la réintégration ... 19
Article 37 – Etat antérieur ... 20
Article 38 – Subrogation ... 20
VOLET 5 – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES ... 20
Article 39 – Prise d'effet et durée du contrat ... 20
Article 40 – Paiement de la prime ... 20
Article 41 – Modification des conditions d'assurance ou tarifaires ... 20
Article 42 – Nature et modalités de calcul de la prime ... 21
Article 43 – Non-occupation de personnel ... 22
Article 44 – Changement de preneur d'assurance ... 22
Article 45 – Obligations d'information du preneur d'assurance ... 22
Article 46 – Mesures de prévention ... 23
Article 47 – Soins médicaux et autres obligations ... 23
Article 48 – Obligations du preneur d'assurance et des bénéficiaires en cas de sinistre ... 23
Article 49 – Résiliation et fin du contrat ... 23
Article 50 – Dommages occasionnés par des actes de terrorisme ... 25
Article 51 – Engagements pris par l'intermédiaire ... 25
Article 52 – Hiérarchie des dispositions du présent contrat ... 25
Article 53 – Domicile, communications et notifications ... 26
Article 54 – Juridiction compétente ... 26
LOI DU 10 avril 1971 SUR LES ACCIDENTS S DU TRAVAIL (EXTRAITS) ... 27
LEXIQUE ... 37
DISPOSITIONS LÉGALES ... 40

P&V IDEAL ACCIDENTS

VOLET 1 – GARANTIE LEGALE ACCIDENTS DU TRAVAIL

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

Article 1 – Objet de la garantie légale et étendue territoriale

En cas d'*accident* survenant à *l'assuré* pendant la durée du présent contrat, la *compagnie* accorde toutes les indemnités prévues par la *Loi*. Ces indemnités sont accordées sans exception ni réserve et indépendamment de toute clause de déchéance éventuelle.

La couverture s'applique à tous les *accidents* susceptibles de survenir, pour toutes les activités et pour tous les *assurés* employés auprès du *preneur d'assurance*.

À l'égard du *preneur d'assurance*, la garantie est limitée à l'activité décrite dans les conditions particulières.

L'assurance est applicable dans le monde entier. Les garanties s'appliquent donc quel que soit le pays dans lequel l'*accident* survient.

Article 2 – Rémunération pour le calcul de la prime

Lorsque les *rémunérations* annuelles dépassent le *plafond légal*, seul ce montant maximal légal est pris en considération pour le calcul de la prime.

Article 3 – Manquements par le preneur d'assurance aux dispositions de sécurité et d'hygiène

Ne sont pas couverts à l'égard du *preneur d'assurance* et ouvrent, au profit de la *compagnie*, le droit de recours visé à l'article 4, les *accidents* du travail résultant de l'exposition de l'*assuré* à un danger découlant d'un manquement grave du *preneur d'assurance* aux prescriptions légales et réglementaires en matière de sécurité et d'hygiène au travail. Ce manquement doit avoir été préalablement constaté de manière spécifique et notifié par la *compagnie* ou par le fonctionnaire compétent.

La garantie reste toutefois acquise au *preneur d'assurance*, sous réserve de l'article 48 de la *Loi*, lorsqu'il démontre que l'*accident* est également imputable au non-respect, par l'*assuré*, des consignes de sécurité qui lui avaient été communiquées préalablement par écrit, alors que les moyens de sécurité nécessaires avaient été mis à sa disposition.

Article 4 – Droit de recours

Lorsque la *compagnie* est tenue d'accorder des prestations aux *assurés* ou à leurs *ayants droit*, elle dispose, outre tout autre droit ou toute autre action dont elle bénéficie, d'un droit de recours contre le *preneur d'assurance*. Ce droit de recours s'exerce dans la mesure où la *compagnie* aurait pu refuser ou limiter ses prestations sur la base de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ou des dispositions du présent contrat.

VOLET 2 – PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL

La *compagnie* prévoit automatiquement une protection complémentaire destinée à apporter un soutien supplémentaire à l'*assuré* et à son entourage en cas d'*accident* du travail.

Cette protection complémentaire se compose des garanties complémentaires décrites dans le présent volet, selon les conditions et limitations propres à chacune d'elles.

Cette protection complémentaire intervient exclusivement en complément des indemnités prévues par la *Loi* et ne peut en aucun cas entraîner une réduction ou un remplacement de ces droits légaux.

Article 5 – Frais de stationnement

La *compagnie* intervient dans les frais de stationnement de l'*assuré* et, en cas d'hospitalisation, de ses proches.

L'indemnité est accordée sur présentation de pièces justificatives et s'élève au maximum à 10 euros par jour.

Seuls les frais de stationnement engagés à des fins médicales sont remboursés, notamment dans le cadre de consultations auprès du médecin généraliste, du kinésithérapeute ou du médecin-conseil de la *compagnie*, ainsi que de visites à l'hôpital, dans un centre de revalidation ou dans le cadre d'autres traitements médicaux reconnus.

Par proches, il y a lieu d'entendre le partenaire, les enfants, les parents de l'*assuré* ou la personne qui démontre l'existence d'un lien affectif avec l'*assuré*.

L'intervention est limitée à une personne par jour, dans l'ordre indiqué ci-dessus.

Lorsque les frais de stationnement sont indemnisés en droit commun par un tiers responsable ou par son assureur, cette intervention n'est pas due.

Si la *compagnie* a déjà accordé l'indemnité, elle est subrogée, à concurrence de son intervention, dans les droits et actions de l'*assuré* à l'égard du tiers responsable et de son assureur.

Article 6 – Frais de déplacement

Par dérogation à l'intervention prévue par la *Loi*, les frais d'un déplacement effectué au moyen d'un mode de transport sont remboursés à partir du premier kilomètre.

En cas d'hospitalisation de l'*assuré*, le partenaire, les enfants, les parents ou la personne qui démontre l'existence d'un lien affectif avec la victime sont indemnisés pour chaque trajet aller-retour, à concurrence d'un trajet aller-retour maximum par jour et par personne.

Article 7 – Intervention forfaitaire complémentaire en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 30 %

En cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 30 % résultant d'un *accident* du travail couvert, la *compagnie* accorde une intervention forfaitaire complémentaire.

Cette intervention s'élève à 300 euros par point de pourcentage d'incapacité permanente de travail.

Exemples :

- 30 % d'incapacité permanente de travail × 300 euros = 9.000 euros
- 45 % d'incapacité permanente de travail × 300 euros = 13.500 euros

Cette intervention est versée au moment de l'entérinement par Fedris ou de la décision judiciaire.

Il ne sera jamais tenu compte d'un taux d'incapacité de travail supérieur à 100 %.

Cette intervention est définitive au moment de son paiement et ne peut faire l'objet d'une révision ultérieure à la suite d'une aggravation ou d'une diminution du taux d'incapacité.

Cette intervention ne constitue pas une prestation de remplacement de revenus et est accordée indépendamment d'éventuelles indemnités en droit commun.

Article 8 – Préjudice esthétique

Lorsque le préjudice esthétique n'a aucune incidence sur la capacité de travail de l'*assuré* et ne peut, de ce fait, être indemnisé dans le cadre légal, la *compagnie* accorde une indemnité de maximum 1.000 euros par sinistre.

Cette intervention est accordée aux conditions suivantes :

- l'existence du préjudice et le lien de causalité avec l'*accident* du travail couvert sont reconnus par le médecin-conseil de la *compagnie* ;
- l'intervention esthétique est réalisée dans un établissement médical reconnu ;
- l'indemnité est accordée sur présentation de la facture de l'établissement traitant.

Les frais relatifs aux soins médicaux de la plaie restent intégralement assurés dans le cadre de la garantie légale.

Lorsque le préjudice esthétique est indemnisé en droit commun par un tiers responsable ou par son assureur, cette intervention n'est pas due.

Si la *compagnie* a déjà accordé l'indemnité, elle est subrogée, à concurrence de son intervention, dans les droits et actions de l'*assuré* à l'égard du tiers responsable et de son assureur.

Article 9 – Intervention forfaitaire complémentaire dans les frais funéraires

En cas de décès de l'*assuré* des suites d'un *accident* du travail couvert, la *compagnie* accorde une intervention forfaitaire complémentaire de 1.250 euros dans les frais funéraires.

L'indemnité est versée à la personne qui a supporté les frais funéraires.

Cette garantie est accordée indépendamment d'éventuelles indemnités en droit commun.

Article 10 – Bourse d'études en cas de décès de l'assuré

En cas de décès de l'*assuré* des suites d'un *accident* du travail, la *compagnie* accorde une bourse d'études aux enfants de l'*assuré* ainsi qu'aux enfants du conjoint ou du *partenaire cohabitant*, pour autant qu'ils soient considérés comme *ayant droit* au sens de la *Loi*.

L'intervention forfaitaire s'élève à 2.000 euros par an et par enfant. Elle est accordée à partir du moment où l'enfant entame des études dans l'enseignement supérieur et aussi longtemps que l'enfant a droit aux allocations familiales.

L'indemnité est accordée sur présentation de pièces justificatives attestant l'inscription dans un établissement d'enseignement reconnu, telles qu'une facture ou une attestation d'une haute école, d'une université ou d'une formation équivalente.

La *compagnie* se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

L'indemnité est versée à l'enfant qui poursuit les études.

Cette garantie est accordée indépendamment d'éventuelles indemnités en droit commun.

Article 11 – Assistance psychologique en cas de décès

En cas de décès de l'*assuré* des suites d'un *accident* du travail couvert, la *compagnie* intervient dans les frais d'assistance psychologique dispensés aux membres de la famille proche de l'*assuré*. L'intervention est limitée à 1.000 euros par sinistre.

Cette intervention est accordée au conjoint, au *partenaire cohabitant* et aux enfants vivant sous le même toit.

L'indemnité n'est due que si l'assistance psychologique débute dans un délai de 12 mois suivant l'*accident*.

L'indemnité est accordée après déduction des éventuelles interventions de la mutualité ou d'un autre assureur et sur présentation des pièces justificatives.

Article 12 – Assistance en cas d'accident du travail grave

En cas d'*accident* du travail grave, la *compagnie* peut prévoir un accompagnement renforcé et personnalisé de l'*assuré*, compte tenu de la nature et de la gravité des lésions.

Par l'intermédiaire d'un interlocuteur attitré, cet accompagnement vise à apporter un soutien humain à l'*assuré* et à son entourage dans les domaines suivants :

- la compréhension des interventions légales et complémentaires prévues par la présente assurance accidents du travail ;
- les démarches administratives et pratiques liées à l'accident, à la gestion du sinistre et aux examens médicaux effectués par notre médecin-conseil ;
- la gestion des conséquences de l'accident ;
- un accompagnement psychologique professionnel ;
- le processus de rétablissement et de revalidation de l'*assuré* et de son entourage.

L'octroi, la durée et les modalités concrètes de cet accompagnement personnalisé sont déterminés par la *compagnie* en fonction de la situation individuelle de l'*assuré*.

Article 13 – Accompagnement dans le cadre de la réintégration

En cas d'incapacité de travail temporaire de longue durée ou d'incapacité permanente résultant d'un *accident* du travail couvert, la *compagnie* peut proposer à l'*assuré* un trajet de réintégration.

Ce trajet est organisé par l'intermédiaire d'un partenaire externe spécialisé et a pour objectif de favoriser le rétablissement de l'*assuré* et son retour au travail.

L'accompagnement peut notamment porter sur :

- le soutien dans le cadre de l'acceptation, de la revalidation et du rétablissement ;
- le soutien psychologique ;
- l'accompagnement lors de la reprise du travail ;
- la réorientation professionnelle.

L'intervention est limitée à un nombre de séances déterminé préalablement par la *compagnie* et est organisée en concertation avec l'*assuré*, compte tenu de la nature et de la gravité des lésions.

Les modalités concrètes et les conditions du trajet de réintégration sont déterminées par la *compagnie*.

Cet accompagnement est indépendant d'une éventuelle intervention en matière d'outplacement.

Article 14 – Outplacement

La *compagnie* intervient à concurrence de maximum 2.500 euros dans les frais d'un trajet d'outplacement lorsque l'incapacité permanente de travail résultant de l'*accident* du travail couvert entraîne la cessation du contrat de travail.

L'intervention est accordée, sur la base de la facture, à la personne qui a supporté les frais.

Lorsque ces frais sont indemnisés en droit commun par un tiers responsable ou par son assureur, l'intervention n'est pas due.

Si la *compagnie* a déjà versé l'indemnité, elle est subrogée, à concurrence de son intervention, dans les droits et actions de l'*assuré* à l'égard du tiers responsable et de son assureur.

VOLET 3 – EXTENSIONS AUTOMATIQUES DE LA COUVERTURE

Chapitre 1 – Clauses de confort

Article 15 – Accidents de la vie privée pendant une mission à l'étranger

L'assurance est étendue aux *accidents* de la *vie privée* des personnes *assurées* dans le cadre de la *Loi* lorsqu'elles séjournent à l'étranger pour le compte du *preneur d'assurance*. La garantie prend cours à 0 heure le jour de leur départ et prend fin dès que l'*assuré* est rentré à son domicile, à son lieu de séjour ou à son lieu de travail. Lorsque l'*accident* n'est pas reconnu comme *accident* du travail, la couverture est déterminée conformément à la définition de l'*accident* de la *vie privée*, au régime de la preuve applicable ainsi qu'aux exclusions et clauses de déchéance prévues dans les conditions générales de l'Assurance Collective Accidents Corporels « Vie privée » de la *compagnie*.

Les indemnités sont calculées selon la formule de la « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, sur la base de la rémunération réelle, limitée au *plafond légal* par personne et par an. Si les conditions particulières prévoient la garantie Excédent Loi, telle que décrite à l'article 22, la couverture est limitée aux garanties contractuelles. En cas d'invalidité permanente ou de décès, les rentes sont versées à la victime ou aux *ayants droit* sous la forme d'un capital non indexé, calculé selon le *barème* F annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971.

En cas de décès, l'indemnité est versée aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*.

Les indemnités ne sont accordées qu'après toute intervention légale de la sécurité sociale. L'intervention de la *compagnie* est limitée à la différence entre le montant prévu dans la présente police et l'indemnité à laquelle l'*assuré* a droit dans le cadre du régime obligatoire de la sécurité sociale. Cette disposition s'applique même lorsque cette indemnité légale ne lui a pas été effectivement versée pour une raison imputable à l'*assuré* lui-même.

Les indemnités prévues par la présente clause ne peuvent être cumulées avec une couverture contre les *accidents* de la *vie privée* souscrite par l'employeur auprès de la *compagnie* et dont la victime pourrait bénéficier.

Article 16 – Capital décès en faveur du partenaire cohabitant

Lorsque l'*assuré* décède des suites d'un *accident* du travail ou d'un *accident* sur le chemin du travail couvert, la *compagnie* prévoit un capital non indexé en faveur du *partenaire cohabitant* qui n'appartient pas aux catégories légales d'*ayants droit* en vertu de l'article 12 de la *Loi*.

L'indemnité en cas de décès est calculée selon la formule de la « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, sur la base de la *rémunération* réelle, limitée au *plafond légal* par personne et par an. Si les conditions particulières prévoient la garantie Excédent Loi, telle que décrite à l'article 22, la couverture est limitée aux garanties contractuelles.

La rente est versée sous la forme d'un capital non indexé, conformément au *barème* F annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971.

Article 17 – Accidents pendant le travail à domicile et sur certains trajets

La *compagnie* couvre certains *accidents* survenant pendant le travail à domicile qui ne peuvent être reconnus comme *accidents* du travail. Cette couverture s'applique aux travailleurs qui, avec l'autorisation du *preneur d'assurance*, effectuent un travail à leur domicile ou à leur lieu de séjour, notamment :

- les travailleurs à domicile visés à l'article 119.1 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
- les *télétravailleurs* ; et
- les autres travailleurs qui travaillent à domicile avec l'autorisation de leur employeur.

La couverture s'applique uniquement aux activités liées au travail. Les activités sportives ou manuelles sont expressément exclues.

La couverture est accordée comme s'il s'agissait d'un *accident* de la *vie privée*. Dans ce cas, les règles et conditions propres à l'assurance *accidents* de la *vie privée* sont applicables. Cela signifie que l'événement est apprécié conformément à la définition de l'*accident* de la *vie privée*, que les règles de preuve prévues à cet effet doivent être respectées et que les exclusions et clauses de déchéance correspondantes sont applicables. L'indemnisation s'effectue intégralement conformément aux conditions générales de l'Assurance Collective Accidents Corporels « Vie privée » de la *compagnie*.

La présente garantie s'applique également aux trajets suivants :

- le trajet effectué afin de conduire les enfants à la crèche, à l'école ou auprès d'une personne qui en assure la garde, ou de les y reprendre ;
- le trajet entre le domicile ou le lieu de séjour et l'endroit où le travailleur prend ou se procure son repas, et inversement. Cette couverture s'applique uniquement lorsque ces déplacements ne sont pas reconnus comme *accidents* sur le chemin du travail. Aucun autre trajet n'est couvert.

Les indemnités sont calculées selon la formule « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, sur la base de la *rémunération* réelle, limitée au *plafond légal* par personne et par an. Si les conditions particulières prévoient la garantie Excédent Loi, telle que décrite à l'article 22, la couverture est limitée aux garanties contractuelles. En cas d'invalidité permanente ou de décès, les rentes sont versées à la victime ou aux *ayants droit* sous la forme d'un capital non indexé, calculé selon le *barème* F annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971.

En cas de décès, l'indemnité est versée aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*.

Les indemnités ne sont accordées qu'après toute intervention légale de la sécurité sociale. L'intervention de la *compagnie* est limitée à la différence entre le montant prévu dans la présente police et l'indemnité à laquelle l'*assuré* a droit dans le cadre du régime obligatoire de la sécurité sociale. Cette disposition s'applique même lorsque cette indemnité légale ne lui a pas été effectivement versée pour une raison imputable à l'*assuré* lui-même.

Les indemnités prévues par la présente clause ne peuvent être cumulées avec une autre couverture contre les *accidents* de la *vie privée* souscrite par l'employeur auprès de la *compagnie* et dont la victime pourrait également bénéficier.

Article 18 – Événements extraprofessionnels

L'assurance est étendue aux *accidents* survenant pendant des activités sportives, culturelles ou récréatives organisées par le *preneur d'assurance* lui-même, par l'association du personnel ou par un membre du personnel ayant reçu une autorisation expresse à cet effet. La couverture s'applique également lorsque de telles activités sont organisées par des organisateurs externes, à condition que le membre du personnel soit réputé représenter le *preneur d'assurance* et que l'employeur ait préalablement autorisé et/ou financé la participation ou le sponsoring.

L'assurance est étendue aux *accidents* susceptibles de survenir dans les vestiaires ou dans d'autres locaux utilisés par les *assurés* dans le cadre de l'activité. La couverture est également étendue aux *accidents* survenant sur le trajet aller-retour entre le domicile ou le lieu de séjour de l'*assuré*, ou son lieu de travail, et le lieu où doit se dérouler l'activité assurée. Cette extension est accordée selon les mêmes critères que ceux applicables aux *accidents* du travail survenus sur le chemin du travail.

La présente garantie s'applique uniquement lorsque l'*accident* ne peut être reconnu comme *accident* du travail ou *accident* sur le chemin du travail.

L'indemnisation est accordée conformément à la définition de l'*accident* de la *vie privée*, au régime de la preuve applicable ainsi qu'aux exclusions et clauses de déchéance prévues dans les conditions générales de l'Assurance Collective Accidents Corporels « Vie privée » de la *compagnie*.

Les indemnités sont calculées selon la formule « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, sur la base de la *rémunération* réelle, limitée au *plafond légal* par personne et par an. Si les conditions particulières prévoient la garantie Excédent Loi, telle que décrite à l'article 22, la couverture est limitée aux garanties contractuelles. En cas d'invalidité permanente ou de décès, les rentes sont versées à la victime ou aux *ayants droit* sous la forme d'un capital non indexé, calculé selon le *barème* F annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971.

En cas de décès, l'indemnité est versée aux *ayants droit* et/ou au *partenaire cohabitant*.

Les indemnités ne sont accordées qu'après toute intervention légale de la sécurité sociale. L'intervention de la *compagnie* est limitée à la différence entre le montant prévu dans la présente police et l'indemnité à laquelle l'*assuré* a droit dans le cadre du régime obligatoire de la sécurité sociale. Cette disposition s'applique même lorsque cette indemnité légale ne lui a pas été effectivement versée pour une raison imputable à l'*assuré* lui-même.

Les indemnités prévues par la présente clause ne peuvent être cumulées avec une autre couverture contre les *accidents* de la *vie privée* souscrite par l'employeur auprès de la *compagnie* et dont la victime pourrait également bénéficier.

Chapitre 2 – Extensions complémentaires

À l'exception de la garantie optionnelle Vie privée, la *compagnie* accorde les garanties complémentaires suivantes :

Article 19 – Travaux accessoires et travaux effectués pour compte privé

19.1. L'assurance s'étend à tous les travaux principaux et accessoires liés à l'activité du *preneur d'assurance* et, en particulier, aux travaux suivants :

- les travaux de nettoyage, d'entretien et de réparation du matériel, des installations et des bâtiments, à l'exclusion des travaux de démolition et de l'édification de nouvelles constructions ;
- les travaux de placement et de démontage du matériel ;
- l'exploitation des mess, cantines et réfectoires ;
- la participation du *preneur d'assurance* à des foires, marchés et/ou expositions ainsi qu'à des manifestations culturelles, y compris tous les travaux accessoires, préparatoires et consécutifs qui en découlent ;
- les activités visant à prévenir les dommages ainsi que les travaux de sauvetage, d'extinction, de déblaiement, d'aménagement et autres travaux nécessaires à la suite d'un incendie, d'une explosion, d'une inondation, d'une tempête ou d'autres événements similaires.

19.2. Les garanties sont applicables lorsque les *assurés* sont chargés de divers travaux, tels que des travaux de jardinage, de nettoyage, d'entretien, de réparation légère, d'embellissement et/ou d'agrandissement, effectués pour le compte privé du *preneur d'assurance* ou de ses administrateurs.

Cette extension est accordée pour autant que le *preneur d'assurance* s'engage à reprendre dans la déclaration des *rémunérations* les *rémunérations* versées aux *assurés* pour ces travaux.

Article 20 – Nouveau siège d'exploitation

Les garanties s'appliquent automatiquement aux *assurés* occupés dans de nouveaux sièges d'exploitation du *preneur d'assurance* situés en Belgique, pour autant que l'activité qui y est exercée soit identique ou similaire à celle mentionnée dans les conditions particulières.

Le *preneur d'assurance* s'engage à signaler l'existence d'une telle situation à la *compagnie* au plus tard dans la déclaration annuelle des *rémunérations*.

Article 21 – Abandon de recours

Sans préjudice de l'application de la subrogation telle que décrite à l'article 38, la *compagnie* renonce, sauf en cas de malveillance, à tout recours contre :

21.1. le *preneur d'assurance* et ses administrateurs responsables d'*accidents* survenus aux *assurés* pendant l'exécution de travaux effectués pour leur compte personnel. La *compagnie* exercera toutefois un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement couverte par un contrat d'assurance ;

21.2. les organismes publics ou organismes d'utilité publique, tels que les sociétés de transport public, les fournisseurs d'électricité, de gaz et d'eau, les services portuaires ou maritimes, ainsi que les organisateurs de foires, marchés et expositions, pour autant que le *preneur d'assurance* soit ou puisse être contractuellement tenu de renoncer lui-même à tout recours contre ces parties ;

21.3. les personnes physiques ou morales pour lesquelles, ou avec lesquelles, le *preneur d'assurance* pourrait exécuter des travaux, pour autant que le *preneur d'assurance* soit ou puisse être contractuellement tenu de renoncer lui-même à tout recours contre ces parties.

VOLET 4 – GARANTIES OPTIONNELLES

Chapitre 1 – Garanties optionnelles

La *compagnie* assure les garanties optionnelles suivantes, pour autant qu'elles soient mentionnées dans les conditions particulières :

Article 22 – Excédent Loi

En cas d'*accident* du travail ou d'*accident* sur le chemin du travail, tel que défini par la *Loi*, cette garantie s'étend à la partie de la rémunération qui dépasse le *plafond légal*.

Article 23 – Salaire garanti

23.1. En cas d'*accident* du travail ou d'*accident* sur le chemin du travail, la *compagnie* verse au *preneur d'assurance* une indemnité correspondant à l'intégralité du salaire garanti dont le *preneur d'assurance* est redevable à l'*assuré* en vertu de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et sur base des conventions collectives de travail applicables.

À cet effet, la présente garantie prévoit une indemnité complémentaire à concurrence de la différence entre l'indemnité d'incapacité temporaire de travail calculée sur la base de la *Loi* et le salaire garanti dû par le *preneur d'assurance*, y compris la partie du salaire garanti qui dépasse le *plafond légal*.

23.2. Pour autant que les conditions particulières le mentionnent expressément, la *compagnie* prend également en charge les cotisations patronales de sécurité sociale applicables au salaire garanti, et ce dès le premier centime de rémunération. Par cotisations patronales de sécurité sociale, il y a lieu d'entendre exclusivement les cotisations patronales dont le *preneur d'assurance* est périodiquement redevable à la sécurité sociale.

23.3. La prime est calculée sur la base du montant total des *rémunérations* non plafonnées.

Article 24 – Garantie Vie privée

La garantie est applicable en cas d'*accident* de la *vie privée* survenant aux *assurés*. L'assurance s'étend également à un *accident* survenant à un *assuré* bénéficiant de la couverture légale lorsque cet *accident* n'est pas considéré comme un *accident* du travail au sens de la *Loi* parce qu'il s'est produit pendant, mais non par le fait de l'exécution du contrat de travail. L'intervention de la *compagnie* est fondée sur la rémunération réelle ou conventionnelle des *assurés*, telle que mentionnée dans les conditions particulières.

Article 25 – Garantie Vie professionnelle pour les personnes non assujetties à l'ONSS

La garantie est applicable en cas d'*accident* de la vie professionnelle survenant aux *assurés* ne relevant pas du champ d'application de la *Loi*, dès lors que ces *assurés* ne sont pas assujettis à l'ONSS. L'intervention de la *compagnie* est fondée sur la *rémunération* conventionnelle des *assurés*, telle que mentionnée dans les conditions particulières.

Article 26 – Garantie Accidents 24h/24 pour les personnes non assujetties à l'ONSS

La garantie est applicable en cas d'*accident* de la *vie privée* ainsi qu'en cas d'*accident* de la vie professionnelle survenant aux *assurés* et ne relevant pas du champ d'application de la *Loi*, dès lors que ces *assurés* ne sont pas assujettis à l'ONSS. L'intervention de la *compagnie* est fondée sur la rémunération conventionnelle des *assurés*, telle que mentionnée dans les conditions particulières.

Chapitre 2 – Dispositions relatives aux garanties optionnelles

Article 27 – Étendue et champ d'application territorial de certaines garanties optionnelles

27.1. Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les prestations conventionnelles sont calculées conformément aux indemnités prévues par la *Loi*. Le calcul est effectué sur la base des *rémunérations*, parties de *rémunérations* ou capitaux fixes, selon les couvertures prévues et conformément à celles-ci. Les articles 10, 11, 23bis, 33 et 42 de la *Loi* ne sont toutefois jamais applicables.

Sauf dans le cadre de la garantie Excédent Loi décrite à l'article 22, les *assurés* ne peuvent invoquer à leur profit les présomptions découlant des articles 7 et 9 de la *Loi*.

27.2. Dans le cadre de la garantie Vie privée, de la garantie Vie professionnelle pour les personnes non assujetties à l'ONSS et de la garantie Accidents 24h/24 pour les personnes non assujetties à l'ONSS, telles que décrites aux articles 24, 25 et 26, sont, par extension, assimilés à des *accidents* :

- les luxations, entorses, élongations musculaires et déchirures musculaires provoquées par un effort soudain ;
- la noyade involontaire ;
- l'hydrocution ;
- les morsures et piqûres d'animaux ;
- l'épuisement physique et la sous-alimentation résultant d'actes de piraterie, d'un naufrage ou d'une inondation ;
- les cas de rage, de charbon et de tétanos.

27.3. Sont expressément couvertes les affections causées par le gel, une exposition intense au soleil, une forte chaleur ou une insolation, ainsi que les atteintes à la santé causées par les rayons ultraviolets, pour autant qu'elles résultent d'un *accident* couvert.

27.4. Les *accidents* résultant de la pratique d'un sport en qualité d'*amateur non rémunéré* sont couverts.

27.5. La garantie s'étend à l'utilisation, en qualité de passager, de tout aéronef valablement autorisé au transport de personnes, à condition que l'*assuré* ne fasse pas partie de l'équipage et n'exerce, pendant le vol, aucune activité professionnelle ou autre activité en rapport avec l'appareil ou le vol.

27.6. La couverture est accordée intégralement pour l'utilisation, en qualité de conducteur ou de passager, d'un moyen de transport tel que défini dans l'arrêté royal du 10 octobre 1974 portant règlement général sur les exigences techniques auxquelles doivent répondre les cyclomoteurs, les motocyclettes et leurs remorques (M.B. 16.11.1974).

27.7. L'assurance est applicable dans le monde entier. Les garanties s'appliquent donc quel que soit le pays dans lequel l'*accident* survient.

Article 28 – Limitation des garanties

28.1. Les *accidents* causés ou provoqués intentionnellement par l'*assuré* sont exclus de la couverture. Toute personne qui cause ou provoque sciemment un *accident* perd automatiquement tout droit à indemnisation.

28.2. Les *accidents* survenus lors de la participation intentionnelle à la préparation ou à l'exécution de crimes ou de délits.

28.3. Les *accidents* résultant exclusivement d'un état psychique déficient de l'*assuré*.

28.4. Les *accidents* résultant de l'exposition à un danger découlant directement d'un manquement grave du *preneur d'assurance* aux prescriptions légales ou réglementaires en matière de sécurité et d'hygiène au travail. Cette exclusion s'applique lorsque ce manquement a été préalablement et expressément constaté et notifié par la *compagnie* ou par un fonctionnaire compétent.

28.5. Les *accidents* résultant de défis, de paris ou de tout autre comportement *téméraire*.

28.6. Les *accidents* survenant lors de la participation à des actes de violence contre des personnes ou lors de la détérioration ou de la soustraction malveillante de biens.

28.7. Les *accidents* survenant alors que l'*assuré* se trouve sous l'influence de *drogues* ou de médicaments produisant un effet comparable, sauf lorsque leur usage a été prescrit par un médecin légalement habilité. Dans ce cas, la couverture reste acquise à condition que la victime ou le bénéficiaire démontre que l'*accident* est sans rapport avec l'état de l'*assuré* au moment du sinistre.

28.8. Les *accidents* survenant lorsque l'*assuré* s'expose volontairement à un danger exceptionnel et inutile. Tel est notamment le cas lorsque l'*assuré* ne respecte pas les consignes de sécurité qui lui ont été communiquées préalablement par écrit par le *preneur d'assurance*, alors que les mesures de sécurité nécessaires étaient disponibles. Cette exclusion ne s'applique pas pendant la période au cours de laquelle le salaire garanti est à charge du *preneur d'assurance*.

28.9. Les *accidents* dus à l'ivresse. Pour l'application de la présente disposition, l'ivresse est assimilée à une intoxication alcoolique de 1,5 gramme ou plus par litre de sang.

28.10. Les *accidents* résultant de risques de guerre. Toutefois, lorsque l'*assuré* se trouve à l'étranger et est confronté de manière imprévue à des hostilités ou à une situation de guerre, la couverture reste acquise pendant une période de 14 jours à compter du début de ces événements.

28.11. Les *accidents* résultant de *troubles civils* ou militaires, ou des mesures prises pour combattre de tels troubles. La couverture reste uniquement acquise lorsqu'il est démontré que l'*assuré* n'a pas participé activement à ces événements.

28.12. Les *accidents* causés par des rayonnements ionisants, autres que les irradiations médicales rendues nécessaires à la suite d'un *accident* couvert.

28.13. Les *accidents* survenant lors de l'utilisation d'un moyen de transport visé à l'article 27.6 ne sont pas couverts lorsque ce moyen de transport, que l'*assuré* soit conducteur ou passager, n'était pas conforme aux prescriptions du certificat d'immatriculation au moment de l'*accident*.

28.14. Aucune couverture n'est prévue pour les *accidents* survenant pendant des travaux de construction ou de toiture.

Par travaux de construction ou de toiture, il y a lieu d'entendre toute opération par laquelle un *assuré* exécute des travaux liés à l'édification, à la transformation, à l'extension, à la rénovation, à la réparation, à la démolition ou à la modification structurelle d'un bâtiment ou d'une construction.

Sont notamment visés :

- les travaux effectués sur un toit, y compris la réparation, la pose, le remplacement ou l'entretien de la couverture de toiture, de fenêtres de toit, de gouttières ou de panneaux solaires ;
- les travaux de construction portant sur des murs, des sols, des plafonds ou des structures portantes ;
- le placement ou l'enlèvement d'échafaudages, de structures portantes ou de matériaux de construction lourds ;
- les travaux de démolition ou le sciage, le forage ou la destruction d'éléments porteurs ou non porteurs ;
- toute activité présentant un risque élevé en raison de la hauteur, du risque de chute, de l'utilisation d'engins de chantier ou de structures instables.

Ne sont pas considérés comme des travaux de construction ou de toiture les travaux ménagers légers ou les travaux d'entretien, tels que les travaux de peinture, les petites réparations, l'entretien du jardin ou les travaux de nettoyage, pour autant qu'ils ne soient pas exécutés sur un toit ou sur un élément structurel du bâtiment.

28.15. Les *accidents* survenant lors de la participation à des *compétitions* cyclistes ou à des *courses* de bateaux à moteur, de cyclomoteurs, de motocyclettes ou d'automobiles. L'exclusion s'applique également à tous les entraînements, essais et tests liés à de telles *compétitions*. Seuls les rallyes touristiques n'imposant aucune norme de temps ou de vitesse restent couverts.

28.16. Les *accidents* survenant lors de la participation à des *courses* hippiques. Cette exclusion s'applique également aux entraînements et à tous les essais préparatoires liés à de telles *courses*.

28.17. Les *accidents* survenant en Belgique à la suite de tremblements de terre ou d'autres phénomènes atmosphériques ou géologiques exceptionnels.

28.18. Les *accidents* résultant de la pratique de sports aériens, notamment le deltaplane, le parachutisme, le parapente, les vols en ULM, le vol à voile, les vols en montgolfière et le saut à l'élastique.

La couverture n'est pas davantage accordée lorsque l'*assuré* pilote lui-même un aéronef à titre non commercial ou lorsqu'il voyage comme passager dans un tel appareil.

28.19. *Les accidents* survenant pendant la *vie privée* ne sont pas couverts lorsque le contrat de travail est suspendu après l'expiration de la période de salaire garanti. Sont notamment visés le repos de maternité, le crédit-temps, l'interruption de carrière, la maladie, les congés thématiques et les situations de suspension comparables.

Article 29 – Modalités de souscription

Les garanties peuvent être souscrites :

29.1. Sur la base d'une désignation nominative. Lorsque de nouveaux *bénéficiaires* sont ajoutés ou que des *bénéficiaires* existants sont remplacés, ils bénéficient des garanties dès que la *compagnie* a officiellement confirmé son accord.

29.2. Sans désignation nominative des *bénéficiaires*, lorsqu'ils appartiennent à un groupe clairement défini ou à une catégorie spécifique du personnel. Dans ce cas, le *preneur d'assurance* s'engage à tenir un registre dans lequel tous les *bénéficiaires* de ce groupe ou de cette catégorie sont correctement inscrits.

La *compagnie* peut refuser toute intervention lorsque la victime n'a pas été régulièrement inscrite dans ce registre dès le moment de son affiliation.

Article 30 – Rémunérations

À défaut de *rémunération* conventionnelle, la *rémunération* de l'*assuré* servant de base au calcul des montants assurés est déterminée sur la base de la rémunération qu'il a perçue au cours des douze mois précédant l'*accident*. Il est uniquement tenu compte de la rémunération afférente à la même fonction et aux mêmes conditions de travail que celles qui étaient applicables au moment de l'*accident*.

Dans le cadre de la garantie Excédent Loi et de la garantie Vie privée, telles que décrites aux articles 22 et 24, lorsque la période de référence disponible selon les critères définis ci-dessus est inférieure à douze mois, la *rémunération* de base est déterminée sur la base de la rémunération afférente à cette période plus courte. Ce montant est ensuite augmenté proportionnellement jusqu'à l'équivalent de douze mois afin de permettre un calcul complet.

Article 31 – Prestations de la compagnie en cas de décès

31.1. Lorsque l'*assuré* décède des suites directes et exclusives d'un *accident* couvert, la *compagnie* verse les indemnités dues aux *bénéficiaires*.

Sauf pour l'application de l'article 22, Excédent Loi, est assimilée au conjoint qui n'est ni divorcé ni séparé de corps :

- toute personne qui, au moment de l'*accident*, cohabitait légalement avec l'*assuré* conformément à l'article 1475 de l'ancien Code civil ; ou
- toute personne qui peut démontrer, sur la base de son inscription au registre de la population, qu'elle réside depuis plus d'un an à la même adresse que l'*assuré* dans le cadre d'une relation comparable à celle de personnes mariées, sans être mariée avec l'*assuré* ni avoir fait une déclaration de cohabitation légale.

31.2. Lorsque les prestations conventionnelles sont calculées selon la formule « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, elles comprennent le capital représentatif de la rente due, calculé conformément au *barème*. Le coefficient de conversion est déterminé en fonction de l'âge de l'*ayant droit* à la date du décès de l'*assuré*, sauf lorsque les parents ont droit à une rente temporaire. Dans ce dernier cas, le coefficient de conversion est déterminé en fonction de l'âge de l'*assuré* à la date de son décès.

Lorsque les prestations conventionnelles ne sont pas calculées selon la formule « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, elles sont dues sur la base du capital assuré ou du multiple de la *rémunération* à prendre en considération. Si aucun *bénéficiaire* en cas de décès n'est désigné dans les conditions particulières, le capital assuré est réparti proportionnellement entre les *ayants droit* selon la formule suivante : le capital revenant au *bénéficiaire* est égal au capital assuré multiplié par le capital revenant à ce *bénéficiaire* selon la formule « base *Loi* », sans application de l'arrêté royal n° 530, divisé par la somme des capitaux revenant à l'ensemble des *bénéficiaires* selon cette même formule.

31.3. La *compagnie* rembourse les frais funéraires à la personne qui les a supportés, à concurrence de 5.000,00 euros, sur présentation de la facture des funérailles et de la preuve de paiement.

31.4. Dans le cadre des garanties Vie privée, Vie professionnelle et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 24 à 26, la *compagnie* rembourse les frais de rapatriement de la dépouille mortelle lorsque le décès survient à l'étranger. Cette intervention est limitée à un montant maximal de 2.500 euros.

31.5. Dans le cadre de la garantie Vie privée, telle que décrite à l'article 24, et pour autant que la couverture Décès soit prévue dans le contrat, chaque enfant de l'*assuré* devenu orphelin à la suite d'un *accident* de la *vie privée* reçoit une allocation mensuelle complémentaire de 200 euros. Lorsque l'enfant perd son père et sa mère à la suite du même *accident*, cette allocation est portée à 300 euros par mois. Le droit à cette allocation complémentaire prend fin au même moment que le droit aux allocations familiales. Lorsque l'enfant a perdu l'un de ses parents, le droit à l'allocation complémentaire prend également fin si le parent survivant se remarie.

31.6. Dans le cadre des garanties Vie privée, Vie professionnelle et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 24 à 26, la *compagnie* accorde une bourse d'études aux enfants de l'*assuré* ainsi qu'aux enfants du conjoint ou du *partenaire cohabitant*, pour autant qu'ils soient considérés comme *ayant droit* au sens de la *Loi*. L'intervention forfaitaire s'élève à 2.000 euros par an et par enfant et est accordée à partir du moment où l'enfant entame des études dans l'enseignement supérieur et aussi longtemps qu'il a droit aux allocations familiales. L'indemnité est accordée sur présentation de pièces justificatives attestant l'inscription dans un établissement d'enseignement reconnu, telles qu'une facture ou une attestation d'une haute école, d'une université ou d'un établissement d'enseignement équivalent. La *compagnie* se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires. L'indemnité est versée à l'enfant qui poursuit les études.

31.7. Lorsqu'un *accident* couvert survient, la *compagnie* rembourse les frais d'assistance psychologique exposés pour le conjoint, le *partenaire cohabitant* et/ou les enfants vivant sous le même toit que l'*assuré*. Cette intervention n'est acquise que si l'accompagnement psychologique débute dans les 12 mois suivant l'*accident*. La *compagnie* intervient à concurrence de maximum 1.000 euros par sinistre, sur la base de pièces justificatives valables.

L'indemnité est accordée après déduction des éventuelles interventions de la mutualité ou d'un autre assureur et sur présentation des pièces justificatives.

31.8. La disparition de l'*assuré* n'est pas considérée comme un décès et n'ouvre dès lors aucun droit aux prestations prévues par la présente garantie.

31.9. Un *assuré* couvert par la garantie Accidents 24h/24, telle que décrite à l'article 26, qui cesse ses activités professionnelles reste assuré dans le cadre de la garantie Vie privée.

Article 32 – Prestations de la compagnie en cas d'invalidité ou d'incapacité permanente

32.1. En cas d'*accident* de la vie professionnelle, le taux d'invalidité permanente est assimilé au taux d'incapacité fixé conformément à la *Loi*. Si ce taux est inférieur au taux d'invalidité déterminé selon le *Barème* officiel belge des invalidités (B.O.B.I.) applicable à la date de consolidation, le taux supérieur fixé selon le B.O.B.I. est retenu pour le calcul des indemnités.

En cas d'*accident* de la *vie privée*, le taux d'invalidité permanente est fixé selon le *Barème* officiel belge des invalidités (B.O.B.I.) applicable au moment de la consolidation.

Lorsque le taux d'invalidité fixé atteint 67 % ou plus, il est automatiquement porté à 100 % pour le calcul des indemnités.

32.2. Lorsque l'*accident* entraîne une invalidité définitive reconnue, la *compagnie* verse :

- si les prestations conventionnelles sont calculées selon les mêmes règles que les indemnités prévues par la *Loi*, un capital correspondant à la rente à laquelle l'*assuré* a droit. Ce capital est déterminé sur la base du *Barème* applicable. Dans le cadre de la garantie Excédent Loi, telle que décrite à l'article 22, le capital est versé au moment de l'entérinement par Fedris ;
- si les prestations conventionnelles ne sont pas calculées selon les mêmes règles que les indemnités prévues par la *Loi*, un capital déterminé sur la base du montant assuré fixé dans les conditions particulières, proportionnellement au taux d'incapacité permanente reconnu.

32.3. Pour le calcul des indemnités, il n'est jamais tenu compte d'un taux d'invalidité supérieur à 100 %. Aucun taux supérieur ne peut dès lors être appliqué, quelle que soit la nature ou la gravité des lésions constatées.

Aucune indemnité n'est prévue pour l'aide d'une tierce personne.

L'état médical préexistant est déduit lors de la détermination de la gravité des lésions constatées.

32.4. Lorsque la *compagnie* clôture le dossier et décide qu'aucune invalidité permanente ne doit être retenue, l'*assuré* dispose d'un délai de trois ans pour contester cette décision.

Sauf communication contraire expresse de la *compagnie*, tout dossier dans lequel elle a remboursé l'indemnité pour incapacité temporaire et les frais de traitement est considéré comme réglé et définitivement clôturé.

32.5. Les indemnités en cas de décès, d'invalidité permanente et d'invalidité temporaire ne peuvent jamais être cumulées.

32.6. En cas d'*accident* de la *vie privée*, tel que décrit à l'article 24 :

Lorsque l'invalidité permanente est la conséquence directe d'un *accident* de la *vie privée* et entraîne la cessation du contrat de travail de l'*assuré*, la *compagnie* intervient dans les frais d'un service d'outplacement. Cette intervention est limitée à maximum 2.500 euros et est remboursée sur la base de la facture présentée par le prestataire d'outplacement.

Lorsqu'une partie du corps est atteinte par l'*accident*, la *compagnie* applique toujours, indépendamment du fait que l'*assuré* soit droitier ou gaucher, le taux d'invalidité le plus favorable reconnu par le *Barème* officiel belge des invalidités (B.O.B.I.).

32.7. L'*assuré* couvert par la garantie Accidents 24h/24, telle que décrite à l'article 26, qui cesse ses activités professionnelles reste assuré dans le cadre de la garantie Vie privée.

Article 33 – Prestations de la compagnie en cas d'incapacité temporaire

33.1. Dans le cadre des garanties Excédent Loi, Vie privée, Vie professionnelle et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 22, 24, 25 et 26, la *compagnie* verse à l'*assuré* une indemnité journalière à partir du premier jour d'incapacité, dans les limites convenues, jusqu'à la consolidation des lésions, dimanches et jours fériés compris. Le jour de l'*accident* lui-même n'ouvre jamais droit à une indemnité.

À l'exception de la garantie Accidents 24h/24, visée à l'article 26, l'intervention de la *compagnie* est limitée à la différence entre le montant prévu dans la présente police et l'indemnité à laquelle l'*assuré* a droit dans le cadre du régime obligatoire de la sécurité sociale. Cette disposition s'applique même lorsque cette indemnité légale ne lui a pas été effectivement versée pour une raison imputable à l'*assuré* lui-même.

Les indemnités pour incapacité temporaire totale sont calculées conformément aux règles de l'article 22 de la *Loi*, l'*assuré* ayant droit à 90 % de la rémunération journalière moyenne.

Lorsque le taux d'incapacité temporaire est inférieur à 90 %, l'indemnité journalière est fixée proportionnellement à la réduction de la capacité de travail de l'*assuré*.

Lorsqu'une indemnité journalière forfaitaire est prévue dans les conditions particulières, elle est calculée proportionnellement au taux d'incapacité de travail de l'*assuré*, sans aucune réduction au titre d'une intervention légale de la sécurité sociale.

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

33.3. Lorsque l'*assuré* produit un certificat médical faisant état d'une incapacité temporaire partielle, le médecin-conseil de la *compagnie* apprécie le taux d'incapacité proposé. Pour déterminer tant le taux d'incapacité temporaire partielle que l'indemnité fondée sur celui-ci, la *compagnie* se conforme toujours à la décision de son médecin-conseil.

La *compagnie* n'intervient pas pour une incapacité temporaire partielle inférieure à 25 %.

33.4. L'indemnité journalière est calculée sur la base de la rémunération journalière moyenne de l'*assuré*, telle que définie à l'article 40 de la *Loi*.

33.5. Dans le cadre de la garantie Vie privée, telle que décrite à l'article 24, la *compagnie* prend en charge les frais d'aide familiale ou ménagère lorsque l'incapacité temporaire totale dure au moins sept jours et que le médecin-conseil estime cette aide nécessaire.

Cette intervention est accordée sur présentation de pièces justificatives et est limitée à un montant maximal de 2.000 euros par sinistre.

33.6. L'*assuré* couvert par la garantie Accidents 24h/24, telle que décrite à l'article 26, qui cesse ses activités professionnelles reste assuré dans le cadre de la garantie Vie privée.

Article 34 – Prestations de la compagnie en frais de traitement

34.1. La *compagnie* prend en charge les frais de traitement résultant de l'*accident* jusqu'à la consolidation des lésions.

L'intervention de la *compagnie* est uniquement prévue pour les actes et prestations médicaux repris dans la nomenclature de l'assurance maladie-invalidité belge, à concurrence de maximum une fois le tarif officiel qui y est fixé.

34.2. Dans le cadre des garanties Vie privée, Vie professionnelle et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 24, 25 et 26, la *compagnie* prend également en charge les frais suivants :

- les frais d'une première prothèse ou d'un premier appareil orthopédique. Par prothèse, il y a lieu d'entendre exclusivement un dispositif remplaçant une partie du corps qui a perdu sa fonction à la suite de l'*accident*. Tout autre type de matériel ne relève pas de cette définition ;
- les frais de réparation des dommages causés à des prothèses préexistantes, mais uniquement lorsque ces dommages sont directement liés aux lésions corporelles causées par l'*accident* et surviennent simultanément à celles-ci ;
- les frais de transport exposés pour des raisons médicales ou à la suite d'une convocation du médecin-conseil de la *compagnie*. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, ces frais sont remboursés forfaitairement sur la base du tarif fixé par la *Loi*. En cas d'utilisation des transports en commun, les frais réels sont remboursés ;
- les frais de stationnement de l'*assuré* et, en cas d'hospitalisation, de ses proches. L'indemnité est accordée sur présentation de pièces justificatives et s'élève au maximum à 10 euros par jour. Seuls les frais de stationnement engagés à des fins médicales sont remboursés, notamment dans le cadre de consultations auprès du médecin généraliste, du kinésithérapeute ou du médecin-conseil de la *compagnie*, ainsi que de visites à l'hôpital, dans un centre de revalidation ou dans le cadre d'autres traitements médicaux reconnus. Par proches, il y a lieu d'entendre le partenaire, les enfants, les parents de l'*assuré* ou la personne qui démontre l'existence d'un lien affectif avec l'*assuré*. L'intervention est limitée à une personne par jour, dans l'ordre indiqué ci-dessus ;

- les frais justifiés de recherche et de sauvetage engagés afin de préserver la vie de l'*assuré*, à concurrence d'un montant maximal de 2.500 euros ;
- les frais de rapatriement, à concurrence d'un montant maximal de 4.000 euros, lorsque les lésions de l'*assuré* l'empêchent de rentrer chez lui dans des conditions normales de voyage. Cette intervention est uniquement accordée sur la base d'un certificat médical confirmant la nécessité du rapatriement et mentionnant le moyen de transport approprié.

34.3. Dans le cadre des garanties Vie privée et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 24 et 26, la *compagnie* rembourse les frais d'assistance psychologique à concurrence de maximum 1.000 euros par personne lorsque, pendant sa vie privée, l'*assuré* est victime d'une agression physique, d'un hold-up, d'un car-jacking, d'un home-jacking, d'un attentat, d'un acte de vandalisme ou de tout autre acte de malveillance.

Cette indemnité s'ajoute à l'intervention dans les frais de traitement.

34.4. Dans le cadre des garanties Vie privée et Accidents 24h/24, telles que décrites aux articles 24 et 26, la *compagnie* accorde une intervention forfaitaire lorsque l'*assuré* subit, à la suite d'un *accident* couvert, un préjudice esthétique nécessitant une intervention esthétique. Le préjudice esthétique doit être la conséquence directe de l'*accident* et est évalué par le médecin-conseil de la *compagnie*. L'intervention doit être réalisée dans un établissement médical reconnu. L'indemnité est accordée sur présentation des pièces justificatives nécessaires, dont la facture de l'établissement traitant.

L'intervention est limitée à 1.000 euros par sinistre et s'ajoute à l'intervention dans les frais de traitement.

34.5. La *compagnie* intervient en tout état de cause uniquement pour la différence entre les frais réellement payés et les indemnités auxquelles l'*assuré* aurait normalement droit dans le cadre d'un régime belge ou étranger de sécurité sociale, auprès d'un autre assureur ou auprès de Fedris. En d'autres termes, la *compagnie* rembourse exclusivement la partie des frais qui n'est pas prise en charge par l'un de ces systèmes.

Article 35 – Assistance en cas d'accident grave

En cas d'*accident* grave, la *compagnie* peut prévoir un accompagnement renforcé et personnalisé de l'*assuré*, compte tenu de la nature et de la gravité des lésions.

Par l'intermédiaire d'un interlocuteur attitré, cet accompagnement vise à apporter un soutien humain à l'*assuré* et à son entourage dans les domaines suivants :

- la compréhension des interventions prévues dans le présent contrat ;
- les démarches administratives et pratiques liées à l'*accident*, à la gestion du sinistre et aux examens médicaux effectués par notre médecin-conseil ;
- la gestion des conséquences de l'*accident* ;
- un accompagnement psychologique professionnel ;
- le processus de rétablissement et de revalidation de l'*assuré* et de son entourage.

L'octroi, la durée et les modalités concrètes de cet accompagnement personnalisé sont déterminés par la *compagnie* en fonction de la situation individuelle de l'*assuré*.

Article 36 – Accompagnement dans le cadre de la réintégration

En cas d'incapacité de travail temporaire de longue durée ou d'incapacité permanente résultant d'un *accident* couvert, la *compagnie* peut proposer à l'*assuré* un trajet de réintégration.

Ce trajet est organisé par l'intermédiaire d'un partenaire externe spécialisé et a pour objectif de favoriser le rétablissement de l'*assuré* et son retour au travail.

L'accompagnement peut notamment porter sur :

- le soutien dans le cadre de l'acceptation, de la revalidation et du rétablissement ;
- le soutien psychologique ;
- l'accompagnement lors de la reprise du travail ;
- la réorientation professionnelle.

L'intervention est limitée à un nombre de séances déterminé préalablement par la *compagnie* et est organisée en concertation avec l'*assuré*, compte tenu de la nature et de la gravité des lésions.

Les modalités concrètes et les conditions du trajet de réintégration sont déterminées par la *compagnie*.

Cet accompagnement est indépendant d'une éventuelle intervention en matière d'outplacement.

Article 37 – Etat antérieur

Lorsqu'une personne présente déjà des problèmes de santé sans rapport avec l'*accident* et que ceux-ci aggravent les conséquences de l'*accident*, l'indemnité est calculée comme si cette personne avait été en parfaite santé. Cette disposition ne s'applique toutefois pas aux frais de traitement, qui sont toujours intégralement remboursés conformément aux conditions de la police.

Article 38 – Subrogation

Du seul fait de l'existence du présent contrat, la *compagnie* est automatiquement subrogée, à concurrence des montants qu'elle verse, dans les droits et actions des *bénéficiaires* à l'égard des personnes responsables. En d'autres termes, dès que la *compagnie* a versé une indemnité, elle peut récupérer ce montant auprès des personnes responsables de l'*accident*.

VOLET 5 – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Article 39 – Prise d'effet et durée du contrat

Les garanties prennent cours à zéro heure à la date mentionnée dans les conditions particulières. Le contrat est conclu pour une durée d'un an ou, si les conditions particulières le prévoient, de trois ans, conformément aux dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Lorsque le contrat ne prend pas cours le 1er janvier, sa première durée est prolongée de la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et le 1er janvier de l'année suivante. Le contrat est ensuite reconduit tacitement pour des périodes successives d'un ou de trois ans, sauf si l'une des parties s'y oppose par lettre recommandée au moins trois mois avant l'échéance principale, sans préjudice des autres possibilités de résiliation prévues à l'article 49. Cette disposition ne s'applique pas aux contrats d'une durée inférieure à un an.

Article 40 – Paiement de la prime

La prime, taxes et frais compris, est payable par anticipation et devient exigible à la date d'échéance de la prime. À défaut de paiement de la prime dans les délais, la *compagnie* met le *preneur d'assurance* en demeure par lettre recommandée. Cette mise en demeure donne lieu à la facturation de frais administratifs forfaitaires correspondant à deux fois et demie le tarif officiel d'un envoi recommandé.

À défaut de paiement de la prime dans les 15 jours suivant la signification de cette lettre recommandée, la couverture est suspendue ou, selon ce qui est mentionné dans la mise en demeure, le contrat est résilié.

En cas de suspension, la couverture reprend effet le lendemain du jour où la prime échue, majorée de l'ensemble des taxes, frais et intérêts, a été intégralement payée.

Article 41 – Modification des conditions d'assurance ou tarifaires

Lorsque la *compagnie* modifie les conditions d'une garantie et/ou le tarif, cette modification prend effet à la prochaine échéance annuelle. La *compagnie* en informe le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant cette échéance, sauf si la notification intervient ultérieurement. Dans ce cas, le *preneur d'assurance* conserve le droit de résilier la police dans un délai d'au moins trois mois à compter de la date de cette notification tardive.

Lorsque la *compagnie* avertit le *preneur d'assurance* au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, celui-ci peut résilier la police dans les 30 jours suivant la date de notification de la modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à la prochaine échéance annuelle.

Cette faculté de résiliation ne s'applique toutefois pas lorsque la modification des conditions ou du tarif résulte d'une adaptation générale imposée par une autorité compétente et applicable de manière identique à toutes les entreprises d'assurances.

Article 42 – Nature et modalités de calcul de la prime

42.1. Lorsque la prime est forfaitaire, elle est fixée lors de la conclusion du contrat et est payable anticipativement à chaque échéance de prime. La prime peut être adaptée dans la même proportion que la modification du *plafond légal* de la *rémunération* de base.

Le *preneur d'assurance* s'engage à communiquer en temps utile à la *compagnie* toute modification des données nécessaires au calcul de la prime. Il accepte en outre que la *compagnie* calcule la nouvelle prime sur la base des données communiquées et que cette prime adaptée soit due.

42.2. Lorsque la prime est régularisable, elle est payée à chaque échéance de prime sur la base des données mentionnées dans les conditions particulières.

42.2.1. Le *preneur d'assurance* s'engage à payer une provision au début de chaque période d'assurance. Cette provision est ensuite imputée sur la prime définitive calculée à la fin de l'exercice.

Pour la première année d'assurance, la provision est fixée sur la base d'une estimation de la prime définitive, établie à l'aide des données utilisées pour le calcul de la prime de l'année précédente. Lorsqu'il s'agit d'une entreprise nouvellement constituée, la provision est déterminée sur la base d'une estimation établie de commun accord.

Le *preneur d'assurance* ou son mandataire est tenu de déclarer les *rémunérations* à la *compagnie*. Cette obligation est remplie par l'intermédiaire de la déclaration multifonctionnelle électronique (DMFA) introduite par l'employeur ou son mandataire via le réseau de la sécurité sociale.

La donnée « Activité en rapport avec le risque » dans la DMFA doit obligatoirement être mentionnée lorsque le contrat prévoit des taux de prime différents pour les ouvriers et/ou les employés, conformément aux conditions et à la fréquence définies dans le glossaire DMFA.

La *compagnie* se réserve le droit d'adresser chaque année, ou plus tôt si les conditions particulières le prévoient, un état des *rémunérations* à compléter au *preneur d'assurance* ou à son mandataire.

Le *preneur d'assurance* ou son mandataire est tenu de renvoyer cet état dûment complété à la *compagnie* dans les deux mois suivant la fin de chaque période d'assurance.

Après réception de ces données, la *compagnie* établit le décompte en déduisant, le cas échéant, les provisions déjà perçues.

42.2.2. Lorsque la rémunération n'est pas fixée conventionnellement, elle comprend la rémunération brute, sans aucune retenue, ainsi que tous les avantages. Cette rémunération ne peut jamais être inférieure :

- au revenu minimum mensuel moyen garanti ; ou
- à la rémunération fixée dans un accord d'entreprise, une convention collective de travail du Conseil national du travail, d'une commission paritaire ou d'une sous-commission paritaire, ou dans toute autre convention collective de travail, rendue ou non obligatoire par arrêté royal.

Les montants versés à titre de pécule de vacances aux employés et aux ouvriers ne doivent pas être repris dans la déclaration des *rémunérations*. La *compagnie* remplace ces montants par le pourcentage fixé par la législation relative aux vacances annuelles, pour autant que ce pécule de vacances soit pris en compte dans le calcul des prestations en cas de sinistre.

Les pécules de vacances complémentaires ainsi que tous les éléments de rémunération qui ne sont pas payés directement par le *preneur d'assurance* sont également pris en considération par conversion en pourcentage.

Pour les *bénéficiaires* mineurs dont la rémunération de base est calculée conformément à l'article 38 de la *Loi*, même lorsqu'ils ne perçoivent aucune rémunération, la prime est calculée sur la base de la rémunération moyenne des travailleurs majeurs appartenant à la catégorie professionnelle à laquelle ils appartiendraient à leur majorité ou à la fin de leur contrat d'apprentissage, sauf si leur rémunération réelle est supérieure à ce salaire de référence.

42.2.3. Lorsque la *compagnie* ne reçoit pas la déclaration complétée des salaires ou des *rémunérations* dans les 15 jours suivant sa lettre de rappel, elle établit automatiquement un décompte sur la base de la prime de l'année précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, sur la base des données communiquées lors de la conclusion du contrat. Dans les deux cas, le montant calculé est majoré de 50 %.

Ce décompte automatique ne porte pas atteinte au droit de la *compagnie* d'exiger encore la déclaration correcte ou de réclamer la prime sur la base des *rémunérations* réelles afin de régulariser le compte du *preneur d'assurance*.

Si le *preneur d'assurance* ne respecte pas cette obligation, la *compagnie* peut résilier le contrat.

42.2.4. La *compagnie* adapte la prime provisionnelle chaque fois que la dernière prime définitive connue est supérieure ou inférieure à cette prime provisionnelle.

Article 43 – Non-occupation de personnel

Lorsque le *preneur d'assurance* n'occupe plus de personnes soumises à la *Loi*, il doit en informer immédiatement la *compagnie* et indiquer clairement la date à laquelle l'occupation de ces personnes a pris fin. La *compagnie* résilie ensuite le contrat par lettre recommandée. La résiliation prend effet à la date à laquelle la *compagnie* en est informée, sans pouvoir être antérieure à la date à laquelle le *preneur d'assurance* a effectivement cessé d'occuper du personnel.

Si, avant l'expiration de la date de fin communiquée, le *preneur d'assurance* engage à nouveau du personnel soumis à la *Loi*, il doit conclure auprès de la *compagnie* un nouveau contrat pour une durée au moins égale à la durée restant à courir de l'ancien contrat.

La *compagnie* n'accorde aucune couverture à ces travailleurs nouvellement occupés pendant la période au cours de laquelle ils ont déjà repris le travail alors que le nouveau contrat n'a pas encore été conclu conformément à l'alinéa précédent.

Article 44 – Changement de preneur d'assurance

44.1. En cas de décès du *preneur d'assurance*, le contrat se poursuit au bénéfice des personnes qui héritent ou reprennent l'intérêt assuré. Celles-ci doivent continuer à payer la prime afin de maintenir les garanties.

44.2. Lorsque le *preneur d'assurance* est déclaré en faillite, l'assurance subsiste pour le compte de la faillite. Les primes venant à échéance après la déclaration de faillite doivent être payées par la personne chargée de la gestion de la faillite, en pratique le curateur.

44.3. Lorsque les activités de l'entreprise sont poursuivies, mais que l'entreprise change de propriétaire ou de forme juridique d'une autre manière que celles décrites aux articles 44.1 et 44.2, le *preneur d'assurance*, ses héritiers ou ses *ayants droit* doivent veiller à ce que le contrat soit poursuivi par le ou les nouveaux propriétaires. Si cette obligation n'est pas respectée, la *compagnie* peut réclamer au *preneur d'assurance*, à ses héritiers ou à ses *ayants droit* une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle, en plus des éventuelles primes arriérées. Dans ce cas, le contrat prend fin à la date du changement ou de la reprise.

La *compagnie* peut refuser le transfert du contrat et décider de résilier la police. Dans ce cas, la couverture reste acquise jusqu'à 45 jours après la date d'envoi de la lettre de résiliation signée par la *compagnie* et adressée au *preneur d'assurance*. La *compagnie* conserve en outre le droit à toutes les primes et cotisations dues pour la période durant laquelle elle a accordé sa couverture.

Article 45 – Obligations d'information du preneur d'assurance

Lors de la conclusion du contrat et pendant toute sa durée, le *preneur d'assurance* doit communiquer de manière complète et correcte à la *compagnie* toutes les informations dont il a connaissance et qui sont susceptibles d'influencer l'appréciation du risque par l'assureur. Pendant la durée du contrat, il doit également déclarer toute modification susceptible d'aggraver le risque de manière sensible et durable. En cas de non-respect de ces obligations, la *compagnie* peut réduire son intervention à l'égard du *preneur d'assurance* conformément aux dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Dans certains cas, la *compagnie* peut même exercer un recours contre le *preneur d'assurance*.

Article 46 – Mesures de prévention

Le *preneur d'assurance* doit prendre ou faire prendre toutes les mesures raisonnables afin de prévenir les sinistres et/ou d'en limiter les conséquences. Sans préjudice des dispositions des articles 4 et 28.8, la *compagnie* se réserve le droit de résilier le contrat lorsque le *preneur d'assurance* refuse de mettre en œuvre les mesures de prévention que la *compagnie* estime nécessaires.

Article 47 – Soins médicaux et autres obligations

Après un *accident*, les soins médicaux les plus appropriés doivent être administrés dans les meilleurs délais.

Le *bénéficiaire* accepte que les médecins traitants communiquent au médecin-conseil de la *compagnie* les données médicales nécessaires à l'évaluation du sinistre.

Le *bénéficiaire* autorise également les médecins-conseils désignés par la *compagnie* à procéder à tous les examens nécessaires et, si requis, consent à une autopsie, réalisée aux frais de la *compagnie*.

La *compagnie* s'engage pour sa part à ce que toutes les informations médicales et tous les certificats médicaux transmis par le médecin traitant du *bénéficiaire* soient exclusivement communiqués à son propre médecin-conseil, à l'exclusion de toute autre personne.

Article 48 – Obligations du preneur d'assurance et des bénéficiaires en cas de sinistre

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

- pour la garantie légale : dans les délais et selon les formes prescrits par la *Loi* ;
- pour les garanties Excédent Loi, Salaire garanti, Vie privée, Vie professionnelle et Accidents 24h/24, visées aux articles 22 à 26 : au plus tard dans les huit jours suivant le sinistre ou dans les 48 heures en cas d'*accident* mortel.

La déclaration doit être effectuée au moyen des formulaires mis à la disposition du *preneur d'assurance* par la *compagnie* ou peut être introduite par voie électronique. Dans la mesure du possible, un certificat médical de premier constat est joint immédiatement à la déclaration. S'il n'est pas disponible immédiatement, il doit être transmis à la *compagnie* dans les meilleurs délais. Ce certificat doit mentionner la nature et la localisation des lésions ainsi que la durée éventuellement provisoire de l'incapacité temporaire.

Le *preneur d'assurance* et les *bénéficiaires* transmettent sans délai à la *compagnie* tous les renseignements et documents utiles qu'elle demande. Si nécessaire, ils répondent également aux questions complémentaires afin de permettre d'établir correctement les circonstances de l'*accident* et l'étendue de ses conséquences.

48.2. La *compagnie* se réserve le droit d'examiner l'activité assurée, les mesures de prévention prises et les déclarations relatives à un sinistre, même lorsque le contrat a déjà pris fin. Le *preneur d'assurance* donne aux représentants de la *compagnie* accès à son entreprise, met à leur disposition tous les documents utiles et autorise l'interrogation des membres du personnel aux fins de ces contrôles. La *compagnie* s'engage à utiliser les informations obtenues exclusivement dans le cadre du présent contrat.

Article 49 – Résiliation et fin du contrat

49.1. La *compagnie* peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- à la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 39 ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration lors de la conclusion du contrat, conformément à l'article 45. Si cette omission ou inexactitude est intentionnelle, le contrat est nul et les primes échues jusqu'au moment où la *compagnie* a eu connaissance de l'omission intentionnelle lui restent acquises ;
- lorsque, pendant la durée du contrat, le risque s'aggrave à un point tel que la *compagnie*, si cette aggravation avait existé lors de la conclusion du contrat, n'aurait assuré qu'à d'autres conditions. Dans ce cas, elle peut, dans le mois suivant le jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer une modification du contrat avec effet rétroactif à la date à laquelle l'aggravation est survenue. Si la *compagnie* démontre qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le même délai. Si le *preneur d'assurance* refuse la proposition de modification ou si celle-ci n'est pas acceptée dans le mois de sa réception, la *compagnie* peut résilier le contrat dans un délai de 15 jours ;

- en cas de non-paiement de la prime, de la provision de prime, d'une prime complémentaire ou de tous frais supplémentaires, conformément à l'article 40 ;
- après toute déclaration de sinistre, à condition que la résiliation intervienne au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité journalière ou après la décision de ne pas accorder d'indemnité. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet qu'à la fin de l'année d'assurance en cours, ce délai ne pouvant jamais être inférieur à trois mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou, en cas d'envoi recommandé, du lendemain de son dépôt ;
- en cas de faillite, d'insolvabilité manifeste ou de décès du *preneur d'assurance*, conformément à l'article 44 ;
- en cas de non-respect par le *preneur d'assurance* des obligations qui lui sont imposées aux articles 46 et 47 ;
- en cas de non-introduction dans les délais de la déclaration des *rémunérations* visée à l'article 42.

49.2. Le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- à la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 39 ;
- après toute déclaration d'un *accident*, à condition que la résiliation intervienne au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité journalière par la *compagnie* ou après sa décision de ne pas accorder d'indemnité. Cette faculté ne s'applique pas aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans conclus par des entreprises occupant plus de cent travailleurs ou assurant une masse salariale supérieure à cent fois la rémunération annuelle de base visée à l'article 39 de la *Loi* ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif, conformément à l'article 41 ;
- en cas de diminution du risque : lorsque la probabilité de survenance de l'événement assuré diminue de manière sensible et durable au cours du contrat et que la *compagnie*, si cette diminution avait existé lors de la conclusion du contrat, aurait assuré à d'autres conditions, elle adapte la prime en conséquence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si le *preneur d'assurance* et la *compagnie* ne parviennent pas à un accord sur la nouvelle prime dans le mois suivant la demande de réduction introduite par le *preneur d'assurance*, celui-ci peut résilier le contrat.

49.3. Sans préjudice des autres dispositions, la résiliation s'effectue par lettre recommandée.

À l'exception des cas visés aux articles 39, 40 et 41 et sans préjudice des dispositions légales, la résiliation ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter :

- du lendemain de la signification de la résiliation ;
- du lendemain de la date figurant sur le récépissé ;
- ou, en cas de lettre recommandée, du lendemain de son dépôt.

La Garantie légale (Volet 1) est soumise à un régime distinct : une résiliation consécutive à un sinistre, qu'elle émane de la *compagnie* ou du *preneur d'assurance*, ne prend effet qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours, moyennant un délai minimal de trois mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation recommandée.

Dans le cadre des Garanties optionnelles (Volet 4), la résiliation du contrat après un sinistre prend effet immédiatement au moment de sa signification lorsqu'il apparaît que le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* a manqué à l'une des obligations découlant de ce sinistre dans l'intention de tromper la *compagnie*. La partie de la prime afférente à la période postérieure à la prise d'effet de la résiliation est remboursée par la *compagnie*.

49.4. Le contrat peut être résilié ou prendre fin de commun accord entre la *compagnie* et le *preneur d'assurance*, à condition que cet accord soit établi par écrit en termes précis et exprès.

49.5. Le contrat prend fin de plein droit à la date à laquelle l'entreprise d'assurances n'est plus autorisée à pratiquer l'assurance accidents du travail.

49.6. Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances restent intégralement applicables aux conditions, modalités et délais dans lesquels l'employeur ou la *compagnie* peut mettre fin au contrat d'assurance, pour autant qu'il n'y soit pas dérogé par la *Loi*.

Article 50 – Dommages occasionnés par des actes de terrorisme

La *compagnie* couvre les dommages causés par le terrorisme. À cet effet, elle est membre de l'ASBL TRIP. Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL TRIP est, en cas d'acte de terrorisme reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de terrorisme survenus au cours de cette année civile. Ce montant est adapté chaque année au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de novembre 2022 servant de base. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié s'applique automatiquement à partir de la première échéance suivant la modification, sauf si le législateur prévoit expressément un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées est supérieur au montant visé à l'alinéa précédent, une règle de proportionnalité est appliquée : les indemnités à verser sont limitées dans la proportion que représente le montant visé à l'alinéa précédent, ou les moyens encore disponibles pour l'année civile concernée, par rapport au total des indemnités imputées à cette année civile.

Modalités de paiement : conformément à la loi précitée du 3 mai 2024, un acte de terrorisme est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, après avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Dans les quatorze jours suivant la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal reconnaissant l'acte de terrorisme, le Comité de règlement des sinistres détermine si les plafonds relatifs provisoires ou le plafond absolu visés à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints lors de l'indemnisation des dommages. Dans le même délai, le Comité fixe, conformément à l'article 15 de ladite loi, le pourcentage des dommages que les assureurs membres de l'ASBL TRIP doivent indemniser à la suite de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de l'événement, le Comité prend une décision définitive concernant le pourcentage d'indemnisation à verser.

L'*assuré*, le *bénéficiaire* ou la personne lésée ne peut réclamer l'indemnité à la *compagnie* qu'après que le Comité a fixé le pourcentage. La *compagnie* verse le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

Si le Comité réduit le pourcentage, cette réduction ne s'applique ni aux indemnités déjà versées ni aux indemnités restant à verser pour lesquelles la *compagnie* a déjà communiqué une décision à l'*assuré* ou au *bénéficiaire*.

Si le Comité augmente le pourcentage, cette augmentation s'applique à tous les sinistres déclarés découlant de l'événement reconnu comme acte de terrorisme.

Les sociétés liées visées à l'article 1:20 du Code des sociétés et des associations sont considérées comme un seul et même *assuré*.

Si le Comité constate que les montants visés à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 sont insuffisants pour indemniser tous les dommages subis, ou s'il ne dispose pas d'éléments suffisants pour déterminer si ces montants sont suffisants, les dommages corporels sont indemnisés par priorité.

Toute limitation, exclusion et/ou répartition dans le temps de l'exécution des engagements de l'entreprise d'assurances prévue par un arrêté royal s'applique conformément aux modalités prévues par cet arrêté royal.

Article 51 – Engagements pris par l'intermédiaire

Les déclarations faites par le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* dans la proposition ou dans les conditions particulières constituent la base du présent contrat d'assurance.

Les engagements pris par un intermédiaire ne lient pas la *compagnie*, sauf s'ils sont expressément repris dans le présent contrat.

Aucun ajout, aucune modification ni aucune dérogation aux conditions n'est valable, sauf s'il ou elle a été approuvé(e) et confirmé(e) par la *compagnie*.

Article 52 – Hiérarchie des dispositions du présent contrat

Les conditions particulières priment les conditions générales et les remplacent dans la mesure où elles leur sont contraires.

Article 53 – Domicile, communications et notifications

Le présent contrat est régi par le droit belge.

Les communications et notifications destinées à la *compagnie* doivent être adressées à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique ou à toute personne expressément désignée à cet effet dans les conditions particulières. Les communications et notifications destinées au *preneur d'assurance*, à ses héritiers ou à ses *ayants droit* sont valables dès qu'elles sont envoyées à la dernière adresse connue de la *compagnie*.

Article 54 – Juridiction compétente

Tout litige relatif au présent contrat relève de la compétence exclusive des juridictions belges.

LOI DU 10 avril 1971 SUR LES ACCIDENTS S DU TRAVAIL (EXTRAITS)

Art. 6

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

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

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

Art. 7

Pour l'application de la présente *loi*, est considéré comme *accident* du travail tout *accident* qui survient à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de louage de travail et qui produit une lésion.

Est également considéré comme *accident* du travail, l'*accident* subi par le travailleur en dehors du cours de l'exécution du contrat, mais qui est causé par un tiers du fait de l'exécution du contrat.

L'*accident* survenu dans le cours de l'exécution du contrat est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu par le fait de cette exécution. L'*accident* causé par le terrorisme, comme défini dans la *loi* du 3 mai 2024 relative à l'indemnisation des victimes d'un acte de terrorisme et relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, et survenu pendant l'exécution du contrat de travail, est considéré comme étant survenu par le fait de l'exécution du contrat de travail.

L'*accident* survenu au *télétravailleur* est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu pendant l'exécution du contrat de travail:

1° s'il se produit sur le lieu ou les lieux mentionnés par écrit comme lieu d'exécution du travail, dans une convention de *télétravail* ou dans tout autre écrit autorisant de manière générique ou ponctuelle, collective ou individuelle, le *télétravail*.

A défaut d'une telle mention, la présomption s'appliquera à la résidence ou sur le ou les lieux dans lesquels le *télétravailleur* effectue habituellement son *télétravail*;

et

2° s'il se produit durant la période de la journée mentionnée dans un écrit tel que visé au 1°, comme période pendant laquelle le travail peut être effectué. A défaut d'une telle mention dans la convention écrite, la présomption s'appliquera pendant les heures de travail que le *télétravailleur* devrait prester s'il était occupé dans les locaux de l'employeur.

Art. 8

§ 1. Est également considéré comme *accident* du travail l'*accident* survenu sur le chemin du travail.

Le chemin du travail s'entend du trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre de sa résidence au lieu de l'exécution du travail, et inversement. [3][Le trajet reste normal lorsque le travailleur effectue les détours nécessaires et raisonnablement justifiables:

1° par les différents lieux de résidence et de travail ou par les lieux d'embarquement ou de débarquement, pour se déplacer en véhicule avec une ou plusieurs autres personnes en vue d'effectuer en commun le trajet entre résidence et lieu de travail;

2° pour conduire ou reprendre les enfants sur leur lieu de garde ou à l'école.

Le travailleur est réputé se trouver également au lieu du travail lorsque, notamment:

1° il y accomplit, même en dehors des heures de travail, une mission en qualité de délégué syndical ou de représentant des travailleurs, avec l'autorisation expresse ou tacite de l'employeur;

2° il assiste à une réunion du conseil d'entreprise ou du comité de sécurité;

3° il assiste, avec l'autorisation expresse ou tacite de l'employeur, à des cours de formation qui ont lieu pendant les heures normales de travail;

4° il se présente auprès du conseiller en prévention-médecin du travail

a) pour une consultation spontanée en application de la législation sur la surveillance de la santé des travailleurs;

b) pour une visite de pré-reprise du travail dans le cadre de la surveillance de la santé des travailleurs; cette visite peut avoir lieu avant la reprise effective du travail pendant la période d'incapacité de travail.

Le trajet de la résidence au lieu du travail commence dès que le travailleur franchit le seuil de sa résidence principale ou secondaire et finit dès qu'il en franchit de nouveau le seuil.

§ 2. Est notamment assimilé au chemin du travail, le trajet parcouru:

1° du lieu du travail ou du lieu de résidence du *télétravailleur* dans le cas du *télétravail* effectué au lieu de résidence vers le lieu où il prend ou se procure son repas et inversement;

2° de son lieu de travail à l'endroit où il suit des cours en vue de sa formation professionnelle et de cet endroit à sa résidence;

3° du lieu où il travaille en exécution d'un contrat de louage de travail avec un employeur, au lieu où il travaillera en exécution d'un contrat de louage de travail avec un autre employeur;

4° pour se rendre de l'endroit où il travaille au lieu où il perçoit en espèces tout ou partie de sa rémunération ou du montant qui y correspond, et inversement;

5° pour chercher un nouvel emp*loi* pendant le délai de préavis, dans les limites fixées par la législation sur les contrats de louage de travail et avec l'autorisation de l'employeur;

6° pour se rendre, même en dehors des heures de travail, de sa résidence ou du lieu où il a repris du travail, chez son précédent employeur afin de remettre ou de recevoir des documents prescrits par la législation sociale, des vêtements ou des outils et inversement;

7° du lieu d'embauchage au lieu d'exécution du travail pour les travailleurs occupés par des entreprises de chargement, déchargement et manutention des marchandises dans les ports, débarcadères, entrepôts et stations et desemployeurs s'occupant de réparation de bateaux, lorsqu'il n'y a pas de contrat préalablement conclu;

8° par les marins en vue de leur enrôlement, du bureau d'embauchage pour marins au commissariat maritime;

9° du lieu où le *Travailleur à domicile* œuvre à façon des matières premières ou des produits partiellement achevés qu'un employeur lui a confiés au lieu où il prend ou délivre ces matières ou produits, et inversement;

10° du lieu où le travailleur se trouve ou doit se trouver pour l'exécution d'une mission, au lieu où il prend ses *loi*sirs et inversement, sauf interdiction expresse de l'employeur;

11° par le travailleur qui, ayant la qualité de délégué syndical ou de représentant des travailleurs, suit des cours de formation syndicale, du lieu de sa résidence ou de son lieu de travail au centre de formation où il se rend pour suivre ces cours et inversement;

12° du lieu de résidence du *télétravailleur* vers l'école ou le lieu de garde des enfants, et inversement, dans le cas du *télétravail* effectué au lieu de résidence.

Art. 9

Lorsque la victime ou ses *ayant droit* établissent, outre l'existence d'une lésion, celle d'un événement soudain, la lésion est présumée, jusqu'à preuve du contraire, trouver son origine dans un *accident*.

Art. 10

Lorsque la victime décède des suites de l'*accident* du travail, il est alloué une indemnité pour frais funéraires égale à trente fois la *rémunération quotidienne moyenne*. En aucun cas, cette indemnité ne peut être inférieure au montant de l'indemnité correspondante alloué à la date du décès, en application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Art. 11

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

Art. 12

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

1° au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'*accident*, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'*accident*;

2° au conjoint non divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci, à condition que:

a) le mariage ou la cohabitation légale contractés après l'*accident*, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou;

b) un enfant soit issu du mariage de la cohabitation légale ou;

c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints ou des cohabitants légaux bénéficiait des allocations familiales.

Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à charge de la victime, peut également prétendre à la rente viagère visée à l'alinéa 1er, sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

Art. 13

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

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

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

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

§ 5. [...]

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

Art. 14

§ 1. Les enfants adoptés par une seule personne 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.

Art. 15

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

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

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

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

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

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

Art. 16

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

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

Toutefois, s'il existe des enfants *bénéficiaires*, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants; la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête.

Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %.

La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre *accident* du travail.

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

Art. 17

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

Art. 17bis

En cas d'établissement de la filiation 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 *ayant 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 *ayant droit* ont été établis par un accord ou par une décision judiciaire, la modification de ces droits est constatée par un nouvel accord ou par une nouvelle décision judiciaire.

Art. 17ter

Si une rente est octroyée à un enfant, mineur au moment du décès, après le règlement définitif de l'*accident* au moyen d'un accord entériné ou d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée, et si cet octroi a une influence sur les droits des autres *ayant droit*, celui-ci n'a d'effet pour ces *ayant droit*, pour l'application de la présente section, qu'à partir du jour où la modification de ces droits est constatée au moyen d'un nouvel accord entériné ou d'une nouvelle décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

Art. 18

Si le nombre d'*ayant droit* visés aux articles13, 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'*ayant droit*.

Les taux maximum de 45 % et de 60 % restent applicables à tous les *ayant droit* aussi longtemps que leur nombre n'est pas inférieur à 3. S'il ne subsiste plus que deux *ayant droit*, chacun d'eux a droit à une rente égale à 15 ou 20 %.

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

Art. 19

Les enfants, petits-enfants, frères et sœurs reçoivent une rente tant qu'ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de 18 ans.

La rente est due jusqu'à la fin du mois au cours duquel le droit s'éteint.

Sans préjudice des dispositions des alinéas 1er et 2, les enfants, petits-enfants, frères et sœurs handicapés reçoivent une rente aux conditions fixées par le Roi. Le Roi détermine également la manière selon laquelle l'insuffisance de la diminution de la capacité physique ou mentale de ces *ayant droit* est constatée.

Art. 20

Les ascendants, les petits-enfants, les frères et sœurs ne reçoivent la rente que s'ils profitaient directement de la rémunération de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

Art. 20bis

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

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

Art. 21

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

SECTION II. INCAPACITE DE TRAVAIL

Art. 22

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

L'indemnité afférente à la journée au cours de laquelle l'*accident* survient ou au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritée par la victime.

Art. 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'entreprise d'assurances peut demander à l'employeur d'examiner la possibilité d'une remise au travail, soit dans la profession que la victime exerçait avant l'*accident*, soit dans une profession appropriée qui peut lui être confiée à titre provisoire. La remise au travail ne peut avoir lieu qu'après avis favorable du médecin du travail lorsque cet avis est prescrit par le Règlement général pour la protection du travail ou lorsque la victime s'estime inapte à reprendre le travail.

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

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

1° si, non remise au travail, elle se soumet à un traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation;

2° si, non remise au travail, il ne lui est pas proposé de traitement en vue de sa réadaptation;

3° si, pour un motif valable, elle refuse la remise au travail ou le traitement proposé ou si elle y met fin.

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

Si, sans raisons valables, la victime refuse ou interrompt prématurément le traitement qui lui est proposé en vue de sa réadaptation, elle a droit à une indemnité correspondant à son degré d'incapacité de travail, calculée d'après ses possibilités de travail dans sa profession initiale ou dans une profession provisoire qui lui est promise par écrit, suivant les modalités prévues au premier alinéa, pour le cas où elle suivrait le traitement.

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

Art. 23bis

Sans préjudice des dispositions de l'article 39, après une période de trois mois à compter du jour de l'*accident*, les indemnités visées aux articles 22 et 23 sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la moi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Pour l'application de l'alinéa précédent, l'indemnité journalière est liée à l'indice-pivot en vigueur à la date de l'*accident* en application de l'article 4, § 1er, de la *loi* du 2 août 1971 précitée.

Art. 24

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

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

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

Si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, la victime peut prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail.

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

[1]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'[8][entreprise d'assurances][8], dans un [7][établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la *loi* coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins][14][7], 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 revision prévu à l'article 72, l'allocation annuelle est remplacée par une rente viagère.

Art. 24bis

Pour les *accident*s 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 [4][7][4], que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge [5][de Fedris][5], dans un établissement hospitalier après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 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 *accident*s survenus avant le 1 janvier 1988, en cas de prise en charge par Fedris, après l'expiration du délai visé à l'article 72, d'un appareillage de prothèse ou d'orthopédie non prévu au moment du règlement de l'*accident* du travail dont l'utilisation a une incidence sur le degré de nécessité de l'assistance régulière d'une autre personne, le droit de la victime aux indexations et allocations à la charge de Fedris est calculé en fonction de cette incidence selon les conditions fixées par le Roi.

Art. 24ter

Pour l'application des articles 24, alinéa 6, et 24bis, alinéa 2, de la présente *loi*, toute nouvelle hospitalisation qui survient dans les 90 jours qui suivent la fin d'une hospitalisation précédente, est censée être la prolongation de cette dernière.

Art. 25

Si l'incapacité permanente causée par un *accident* du travail s'aggrave à un point tel que la victime ne peut plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre, durant cette période, aux indemnités prévues [1aux articles22, 23 et 23bis.

Sont assimilées à cette situation toutes les périodes nécessaires pour revoir ou reprendre toutes les mesures de réadaptation médicale et professionnelle, y compris tous les problèmes posés par les prothèses, lorsque ceci empêche totalement ou partiellement l'exercice de la profession dans laquelle la victime avait été reclassée.

Au cas où ces aggravations temporaires se produisent après le délai fixé à l'article 72, les indemnités ne sont dues qu'en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10 %.

Art. 25bis

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

Art. 25ter

L'employeur redevable d'une rémunération garantie, conformément auxarticles 52, 70 ou 71 de la *loi* du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, à la victime d'un *accident* du travail survenu chez un autre employeur est subrogé dans les droits de la victime selon les modalités fixées par le Roi.

En l'occurrence, le Roi précise à qui seront payées les indemnités d'incapacité temporaire de travail relatives à la période couverte par la rémunération garantie.

Art. 26

Si la victime a besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, la déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail fait l'objet d'un accord entre parties ou d'une décision coulée en force de chose jugée.

Si l'*accident* a causé des dégâts aux appareils de prothèse ou d'orthopédie, la victime a droit aux frais de réparation ou de remplacement de ces appareils. Cette disposition est également d'application si l'*accident* n'a pas produit une lésion.

Si la victime subit du fait du dommage visé à l'alinéa 1 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 [2aux articles 22 ou 23 et 23bis.

Art. 27

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

L'alinéa 1 est également d'application à Fedris.

SECTION II BIS. ALLOCATIONS

Art. 27bis

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 % sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la *loi* du 2 août 1971organisant 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, § 1, de la *loi* du 2 août 1971 précitée.

Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux allocations annuelles et rentes qui correspondent à un taux d'incapacité permanente de travail de 10 p.c. à moins de 16 p.c. et dont la valeur est versée en capital à Fedris en application de l'article 45quater, alinéas trois et quatre.

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

Par dérogation aux alinéas 1 et 2, l'allocation annuelle visée à l'article 24, alinéa 4, suit 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 *ayant droit*.

Art. 27ter

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

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

Art. 27quater

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

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

SECTION III. SOINS MEDICAUX

Art. 28

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

Art. 28bis

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

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

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

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

Art. 29

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

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

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

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

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

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

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

Art. 31

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

Art. 32

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

Au cours du traitement, la victime ou ses *ayant 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 p.c. par l'entreprise d'assurances.

Art. 33

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

Art. 45

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

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

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

Art. 48

Les indemnités établies par la présente loi ne sont pas dues lorsque l'accident a été intentionnellement provoqué par la victime.

Aucune indemnité n'est due à celui des ayant droit qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Art. 49

L'employeur est tenu de souscrire une assurance contre les *accident*s du travail auprès d'une entreprise d'assurances qui:

1° est autorisée aux fins de l'assurance contre les *accident*s du travail ou peut exercer l'assurance contre les *accident*s du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la *loi* du 13 mars 2016relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance;

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 1 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 laccord 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 des entreprises d'assurances distinctes le personnel de différents sièges d'exp*loi*tation et tous les gens de maison à son service.

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

Art. 50

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

Art. 69

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

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

L'action en paiement des allocations visées auxarticles 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 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 1 janvier 2009.

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

Les créances de Fedris à charge des débiteurs visés à l'article 49bis se prescrivent par trois ans à dater de la notification du risque aggravé.

Dans les cas visés à l'article 24, alinéa 1, l'action en paiement des indemnités se prescrit par trois ans à dater de la notification de la décision de déclaration de guérison.

Art. 72

La demande en revision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou de la nécessité de l'aide régulière d'une autre personne ou sur le décès de la victime dû aux conséquences de l'*accident*, peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision de la notification visée à l'article 24 ou de la date de l'*accident* si l'incapacité temporaire de travail ne dépasse pas sept jours et si l'entreprise d'assurances déclare la victime guérie sans incapacité permanente de travail.

L'action en revision peut être introduite par demande reconventionnelle jusqu'à la clôture des débats, par voie de conclusions déposées au greffe et communiquées aux autres parties.

LEXIQUE

Accident

- Dans le cadre de l'Assurance légale *Accident*s du travail, de la Garantie Excédent Loi et du Salaire garanti : l'*accident* du travail ou sur le chemin du travail au sens de la *Loi*.

- Dans le cadre des autres garanties: l'événement soudain qui produit une lésion et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Accident du travail grave

Un *accident* du travail couvert ou un accident couvert sur le chemin du travail qui, en raison de la nature ou de la gravité des lésions, a ou peut avoir des conséquences graves ou durables sur l'état physique ou psychique ainsi que sur la situation personnelle, familiale ou professionnelle de *l'assuré.*

Tel peut notamment être le cas lorsque l'accident entraîne ou est susceptible d'entraîner une hospitalisation de longue durée, une incapacité de travail de longue durée, une incapacité permanente de travail, un processus de rétablissement ou de revalidation important, une réintégration professionnelle ou le décès de l'*assuré*.

La *compagnie* apprécie, sur la base des données médicales et factuelles disponibles, si un *accident* doit être considéré comme un *accident* du travail grave.

Accident professionnel

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

Accident de la vie privée

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

Amateur non rémunéré

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

Assuré

La personne qui a été victime d'un *accident*.

Ayants droit

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

Barème

Le *barème* F, tarif I, annexe à l'AR du 21.12.1971 pour la conversion des rentes viagères en capital en cas d'invalidité permanente ou de décès Le *barème* F, tarif II, annexe à l'AR du 21.12.1971 pour la conversion de la rente temporaire en capital en cas de décès.

Bénéficiaires

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

Compagnie

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

Course

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

Competition

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

Consolidation

Date à laquelle les lésions de l'*assuré* sont considérées comme stabilisées et à laquelle les séquelles permanentes de l'accident peuvent être médicalement établies.

Défi

L'action de *défi*er quelqu'un, de le provoquer.

Drogue

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

État psychique déficient

Trouble de l'état mental, c'est-à-dire affectant l'esprit, l'intelligence, l'affectivité ou le comportement.

Frais de traitement

Dans le cadre des garanties optionnelles, vie privée et 24h/24, les frais médicalement nécessaires (en médecine ambulatoire et/ou en milieu hospitalier) dispensés et prescrits par un médecin légalement autorisé à pratiquer seront pris en charge selon les prestations de la nomenclature et des tarifs INAMI. D'autre part, sont egalement compris dans le montant *assuré*, les frais de chiropractie et d'ostéopathie à concurrence du tarif I.N.A.M.I. mais limités à 500 EUR par sinistre et par personne.

Loi

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

Pari

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

Partenaire cohabitant

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

Plafond contractuel

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

Plafond légal

Le montant du maxumum légal indexé, comme prévu par l'article 39 de la *loi* du 10 avril 1971 sur les *accident*s du travail.

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat.

Rémunérations

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

Rémunération quotidienne moyenne

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

Télétravailleur

Toute personne qui effectue du *télétravail* tel que *défi*nie ci-desssus (cfr *télétravail*).

Télétravail

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

Témérité

La personne est consciente du danger auquel elle s'expose néanmoins inutilement.

Travailleur à domicile

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

Travailleur autorisé à prester à domicile ou à résidence

Est une personne ne bénéficiant pas du statut de *télétravailleur* ni de *travailleur à domicile* qui recoit l'autorisation expresse ou tacite de son employeur à prester ponctuellement à domicile ou à résidence contre rémunération. sans qu'il soit sous la direction, la surveillance ou le contrôle direct de son employeur

Ce travailleur excercant sous contrat de travail selon la *loi* du 3 juillet 1978 sur le contrat de travail.

Troubles civils

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

DISPOSITIONS LÉGALES

RGPD

La compagnie s'engage, en qualité de responsable du traitement, à traiter les données à caractère personnel en conformité avec la réglementation en matière de vie privée en vigueur. Plus de précisions à ce propos se trouvent dans la brochure client de la compagnie ou sur le site **https://www.pv.be/privacy**.

Plainte

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

- en première instance : au service Gestion des Plaintes de P&V, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, e-mail : **plainte@pv.be**
- en appel : à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman-insurance.be; e-mail : **info@ombudsman-insurance.be**

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

Datassur

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier de Datassur SC, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés. Le preneur d'assurance donne par la présente son consentement à la communication par la compagnie à Datassur SC, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit de s'adresser à Datassur afin de vérifier les données la concernant et d'en obtenir, le cas échéant, la rectification. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, service fichiers, Boulevard du Roi Albert II 19, 1210 Bruxelles