P&V Gens de maison
Conditions générales

REF. P&V 620-11/2026

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 quatre volets.

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 – 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

Table des matières

Avant-propos 2
Table des matières 3
VOLET 1 – GARANTIE LÉGALE – ACCIDENTS DU TRAVAIL 5
Article 1 – Objet de la garantie – gens de maison – activités assurées – étendue territoriale 5
Article 2 – Personnes assurées 5
Article 3 – Activités assurées 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
Article 15 – Gens de maison accompagnant le preneur d'assurance à l'étranger – Accidents de la vie privée 9
Article 16 – Capital en cas de décès en faveur du partenaire cohabitant 9
Article 17 – Abandon de recours 9
VOLET 4 – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES 9
Article 18 – Prise d'effet et durée 9
Article 19 – Prime forfaitaire 10
Article 20 – Paiement de la prime 10
Article 21 – Modification des conditions d'assurance ou tarifaires 10
Article 22 – Non-occupation de personnel 10
Article 23 – Changement de preneur d'assurance 10
Article 24 – Obligations d'information du preneur d'assurance 10
Article 25 – Prévention et sécurité 11
Article 26 – Soins médicaux et informations médicales 11
Article 27 – Déclaration d'un accident 11
Article 28 – Résiliation et fin du contrat 11
Article 29 – Dommages occasionnés par des actes de terrorisme 12
Article 30 – Engagements pris par l'intermédiaire 13
Article 31 – Hiérarchie des dispositions du présent contrat 13
Article 32 – Domicile, communications et notifications 13

Article 33 – Juridiction compétente 13
LOI DU 10 AVRIL 1971 SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (EXTRAITS) 14
LEXIQUE 24
Dispositions légales 26

P&V - GENS DE MAISON

VOLET 1 – GARANTIE LÉGALE – ACCIDENTS DU TRAVAIL

La *compagnie* accorde la garantie légale, pour autant qu'elle soit mentionnée dans les conditions particulières.

Article 1 – Objet de la garantie – gens de maison – activités assurées – 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 garantie s'applique à tous les *accidents* susceptibles de survenir lors de l'exercice des activités assurées par les *gens de maison* occupés par le *preneur d'assurance* et relevant du champ d'application de la *Loi*.

Par activités assurées, il y a lieu d'entendre les *activités ménagères* effectuées par les *gens de maison* pour les besoins privés du *preneur d'assurance* ou des membres de sa famille vivant sous le même toit.

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 – Personnes assurées

L'assurance s'applique à toute personne occupée contre *rémunération* et sous l'autorité du *preneur d'assurance* afin d'effectuer des travaux pour les besoins privés de celui-ci ou de sa famille, pour autant qu'elle relève du champ d'application de la *Loi*. Les conditions particulières peuvent prévoir que d'autres personnes ou catégories de personnes clairement définies sont également assurées à titre conventionnel.

Article 3 – Activités assurées

La garantie s'applique aux *activités ménagères* et personnelles décrites dans les conditions particulières. Celles-ci peuvent notamment comprendre le nettoyage, la lessive et le repassage, la préparation des repas, la garde d'enfants, la surveillance, les courses, les travaux légers de jardinage et d'autres tâches comparables effectuées pour les besoins privés du *preneur d'assurance* ou de sa famille. Les activités nécessitant une expérience professionnelle spécifique, du matériel lourd ou des mesures de sécurité particulières ne sont assurées que lorsqu'elles sont expressément mentionnées dans les conditions particulières.

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 en vertu 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 à 10 euros maximum 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 *ayants 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

Article 15 – Gens de maison accompagnant le preneur d'assurance à l'étranger – Accidents de la vie privée

L'assurance est étendue aux *accidents* de la *vie privée* des *assurés* couverts dans le cadre de la *Loi* lorsqu'ils séjournent à l'étranger avec le *preneur d'assurance*. La garantie prend cours à zero heure le jour de leur départ et prend fin dès que l'*assuré* est rentré à son domicile, à son lieu de séjour ou au domicile du *preneur d'assurance*.

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. 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 conformément au *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.

Article 16 – Capital en cas de 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 « 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. 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 – Abandon de recours

La *compagnie* renonce à tout recours contre le *preneur d'assurance*, les membres de sa famille vivant sous le même toit, ses parents ainsi que les personnes désignées dans les conditions particulières, sauf en cas de faute intentionnelle de leur part et pour autant que la loi autorise cette renonciation. Lorsque leur responsabilité est couverte par une assurance, la *compagnie* conserve son recours contre l'assureur concerné.

VOLET 4 – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Article 18 – Prise d'effet et durée

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, 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 période est prolongée de la période comprise entre sa date de prise d'effet et le 1er janvier de l'année suivante. Il est ensuite reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an, sauf opposition de l'une des parties par envoi recommandé au moins trois mois avant l'échéance principale, sans préjudice des autres possibilités de résiliation prévues à l'article 28. Cette disposition ne s'applique pas aux contrats d'une durée inférieure à un an.

Article 19 – Prime forfaitaire

La prime est fixée sur la base d'un montant forfaitaire par *assuré*. Elle est déterminée lors de la conclusion du contrat. Elle peut être adaptée dans la même proportion que le *plafond légal* de la rémunération de base. Le *preneur d'assurance* communique toute modification des données pertinentes pour la fixation de la prime. La *compagnie* notifie l'adaptation qui en résulte conformément aux dispositions légales et contractuelles.

Article 20 – Paiement de la prime

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

Si la prime n'est pas payée dans les 15 jours de la signification de cet envoi recommandé, la garantie est suspendue ou, selon ce qui est indiqué dans la mise en demeure, le contrat est résilié.

En cas de suspension, la garantie reprend effet le lendemain du paiement intégral de la prime arriérée, augmentée de toutes les taxes, frais et intérêts.

Article 21 – 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 notification ultérieure. 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 de la notification de la modification. Le contrat prend alors 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 22 – Non-occupation de personnel

Lorsque le *preneur d'assurance* n'occupe plus de personnes soumises à la *Loi*, il en informe immédiatement la *compagnie* en indiquant clairement la date à laquelle leur occupation 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 le *preneur d'assurance* engage à nouveau, avant l'expiration de la date de fin déclarée, du personnel soumis à la *Loi*, il doit conclure auprès de la *compagnie* un nouveau contrat pour une période au moins égale à la durée restant à courir de l'ancien contrat.

La *compagnie* n'accorde aucune couverture à ces travailleurs réengagés pendant la période où ils sont déjà au travail mais où le nouveau contrat n'a pas encore été conclu conformément à l'alinéa précédent.

Article 23 – Changement de preneur d'assurance

En cas de décès du *preneur d'assurance*, le contrat se poursuit au profit de la personne qui reprend l'intérêt assuré, pour autant que l'occupation se poursuive et que la *compagnie* en soit immédiatement informée. Le nouveau titulaire et la *compagnie* peuvent mettre fin au contrat conformément aux règles légales.

Article 24 – 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 25 – Prévention et sécurité

Le *preneur d'assurance* prend toutes les mesures raisonnables afin de prévenir les *accidents du travail* et/ou d'en limiter les conséquences. Il tient compte des risques concrets liés à l'habitation et aux autres lieux assurés, notamment les échelles, machines, animaux domestiques, produits dangereux et travaux de jardinage. Il met à disposition du matériel approprié et des équipements de protection adéquats. Sans préjudice de l'article 4, la *compagnie* se réserve le droit de résilier le contrat lorsque le *preneur d'assurance* refuse de mettre en œuvre les mesures de prévention qu'elle estime nécessaires.

Article 26 – Soins médicaux et informations médicales

Après l'*accident*, des soins appropriés doivent être prodigués dans les meilleurs délais. L'*assuré* collabore à l'évaluation médicale dans les limites de la *Loi*, dans le respect du secret médical et des règles relatives aux données à caractère personnel.

L'*assuré* consent à ce que les médecins traitants communiquent au médecin-conseil de la *compagnie* les données médicales nécessaires à l'évaluation du sinistre. Il autorise également les médecins-conseils désignés par la *compagnie* à effectuer tous les examens nécessaires et, si requis, consent à une autopsie réalisée aux frais de la *compagnie*. La *compagnie* s'engage à ce que toutes les informations et attestations médicales fournies par le médecin traitant de l'*assuré* soient exclusivement communiquées à son propre médecin-conseil, à l'exclusion de toute autre personne.

Article 27 – Déclaration d'un accident

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

La déclaration doit être effectuée au moyen des formulaires mis à la disposition du *preneur d'assurance* par la *compagnie* et disponibles sur son site internet. Dans la mesure du possible, une attestation médicale de première constatation est jointe immédiatement à la déclaration. Si elle n'est pas disponible, elle doit être transmise à la *compagnie* dans les meilleurs délais. Cette attestation doit préciser la nature et le siège des lésions ainsi que, le cas échéant, la durée provisoire de l'incapacité temporaire.

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

La *compagnie* se réserve le droit d'examiner l'activité assurée, les mesures de prévention prises et les déclarations relatives à un sinistre, même après la fin du contrat. Le *preneur d'assurance* permet aux représentants de la *compagnie* d'accéder à son domicile ou au lieu de l'*accident* et met à leur disposition tous les documents utiles. La *compagnie* s'engage à utiliser les informations obtenues exclusivement dans le cadre du présent contrat.

Article 28 – Résiliation et fin du contrat

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

- à la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 18 ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration lors de la conclusion du contrat, conformément à l'article 24. 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 20 ;
- 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 décès du *preneur d'assurance*, conformément à l'article 23 ;
- en cas de non-respect par le *preneur d'assurance* des obligations prévues aux articles 25 et 26.

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

- à la fin de chaque période d'assurance, conformément à l'article 18 ;
- après toute déclaration d'un *accident*, au plus tard un mois après le premier paiement de l'indemnité journalière ou la décision de refus d'intervention ;
- en cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif, conformément à l'article 21 ;
- en cas de diminution sensible et durable du risque. La *compagnie* adapte alors la prime à compter du jour où elle a connaissance de cette diminution. À défaut d'accord sur la nouvelle prime dans le mois de la demande, le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat.

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

Sauf dans les cas visés aux articles 18, 20 et 21 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 sa signification, du lendemain de la date de l'accusé de réception ou, en cas de lettre recommandée, du lendemain de son dépôt.

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

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

Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances restent pleinement applicables aux conditions, modalités et délais de résiliation du contrat par le *preneur d'assurance* ou la *compagnie*, sauf dérogation prévue par la *Loi*.

Article 29 – 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 30 – Engagements pris par l'intermédiaire

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

Les engagements pris par un intermédiaire ne lient pas la *compagnie*, sauf s'ils sont expressément repris dans le contrat. Aucun ajout, aucune modification ni dérogation aux conditions n'est valable sauf s'il ou elle a été approuvé(e) et confirmé(e) par la *compagnie*.

Article 31 – 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 32 – 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 que la *compagnie* connaît.

Article 33 – Juridiction compétente

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

LOI DU 10 AVRIL 1971 SUR LES ACCIDENTS 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. [3Le 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 emploi 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 des employeurs 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 loisirs 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, l'entreprise d'assurances prend à sa charge les frais afférents au transfert de la victime décédée vers l'endroit où la famille souhaite la faire inhumer; l'entreprise d'assurances se charge aussi du transfert, en ce compris l'accomplissement des formalités administratives.

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 articles 13, 14, 16 ou 17 est supérieur à 3, le taux de 15 % ou de 20 % est diminué, pour chaque ayant droit, en le multipliant par une fraction ayant pour numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'*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. INCAPACITÉ 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 loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

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

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'[6][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 *accidents* survenus avant le 1er janvier 1988, l'entreprise d'assurances ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa [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 *accidents* 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 articles 22, 23 et 23bis.

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

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

Art. 25bis

Pour les *accidents* 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 aux articles 52, 70 ou 71 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, à la victime d'un *accident* du travail survenu chez un autre employeur est subrogé dans les droits de la victime selon les modalités fixées par le Roi.

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

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 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Ces allocations annuelles ou les rentes réellement payées sont rattachées à l'indice-pivot en vigueur à la date de l'*accident* en application de l'article, § 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 *accidents* 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 *accidents* survenus avant le 1 janvier 1988, l'indexation, les adaptations et les allocations visées à l' article 27bis et pour les *accidents* 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 MÉDICAUX

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

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

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

Cette indemnité est versée par l'entreprise d'assurances 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 *accidents* du travail auprès d'une entreprise d'assurances qui:

1° est autorisée aux fins de l'assurance contre les *accidents* du travail ou peut exercer l'assurance contre les *accidents* du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 13 mars 2016 relative 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 l'accord mutuel de l'employeur et de l'entreprise d'assurances, la durée d'un an visée aux alinéas 2 et 3 peut être fixée à trois ans.

Le Roi fixe les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat d'assurance.

Dans le cas où l'entreprise d'assurances se réserve le droit de résilier le contrat après la survenance d'un sinistre, le *preneur d'assurance* dispose du même droit. Cette disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée de trois ans, conclus avec des entreprises dont la moyenne annuelle de l'effectif du personnel est supérieure à cent ou qui font assurer un volume salarial de plus de cent fois la rémunération annuelle de base maximum visée à l'article 39.

L'entreprise d'assurances couvre tous les risques définis aux articles 7 et 8 pour tous les travailleurs au service d'un employeur et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par cet employeur.

Toutefois, l'employeur conserve la possibilité d'assurer auprès des entreprises d'assurances distinctes le personnel de différents sièges d'exploitation et tous les gens de maison à son service.

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

L'accident du travail ou l'accident sur le chemin du travail au sens de la *Loi*.

Accident de la vie privée :

L'accident survenu en dehors de l'exercice de toute activité lucrative et qui n'ouvre pas droit à une intervention en vertu de la *Loi*.

Accident du travail grave :

Un accident du travail couvert ou un accident sur le chemin du travail couvert qui, en raison de la nature ou de la gravité des lésions, a ou est susceptible d'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 prolongée, une incapacité permanente de travail, un processus important de rétablissement ou de revalidation, une réintégration professionnelle ou le décès de l'*assuré*.

La *compagnie* détermine, sur la base des données médicales et factuelles disponibles, si un *accident* est considéré comme un accident du travail grave pour l'application du présent contrat.

Activités ménagères :

Les travaux de nature ménagère ou personnelle effectués pour les besoins privés du *preneur d'assurance* ou des membres de sa famille vivant sous le même toit. Sont notamment visés le nettoyage, la lessive, le repassage, la préparation des repas, les courses, la garde d'enfants, l'accompagnement des enfants à l'aller et au retour, la surveillance de personnes, l'entretien du jardin et d'autres tâches comparables relevant de la vie privée du *preneur d'assurance* et de sa famille.

Assuré :

La personne victime d'un *accident*.

Ayants droit :

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

Barème :

Barème F, tarif I, annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971, pour la conversion en capital des rentes viagères en cas d'incapacité permanente ou de décès.

Barème F, tarif II, annexé à l'arrêté royal du 21 décembre 1971, pour la conversion en capital d'une rente temporaire en cas de décès.

Bénéficiaire :

- l'*assuré* ;
- les *ayants droit* ;
- la personne désignée comme telle dans les conditions particulières ;
- la personne qui justifie d'un intérêt assuré au jour du sinistre.

Clause de déchéance :

Toute disposition contractuelle en vertu de laquelle l'*assuré* perd totalement ou partiellement son droit à la prestation ou à l'intervention lorsqu'il ne respecte pas une obligation découlant du contrat d'assurance, pour autant que les conditions prévues par le droit applicable soient remplies.

Compagnie :

P&V Assurances SC, rue Royale 151, 1210 BRUXELLES, entreprise d'assurances agréée sous le numéro de code 0058 pour pratiquer la branche « Accidents du travail ».

Gens de maison :

Les personnes occupées contre rémunération par le *preneur d'assurance*, sous son autorité, afin d'effectuer des *activités ménagères* pour ses besoins privés ou ceux des membres de sa famille vivant sous le même toit, et qui relèvent, pour cette occupation, du champ d'application de la *Loi*.

Loi :

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

Partenaire cohabitant :

La personne qui, au moment de l'accident du travail ou de l'accident sur le chemin du travail, cohabitait légalement avec l'*assuré* au sens de l'article 1475 de l'ancien Code civil, ou qui démontre, au moyen d'une inscription au registre de la population, qu'elle cohabite depuis plus d'un an avec l'*assuré* à la même adresse dans le cadre d'une relation comparable à celle de personnes mariées, sans qu'elles soient effectivement mariées ni qu'elles aient fait une déclaration de cohabitation légale.

Plafond légal :

Le montant maximal légal indexé prévu à l'article 39 de la *Loi* du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Preneur d'assurance :

La personne physique qui conclut le contrat.

Rémunération :

La rémunération telle qu'elle est définie par la *Loi*.

Terrorisme :

Une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe, portant atteinte à des personnes ou détruisant totalement ou partiellement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit dans le but d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit dans le but d'entraver la circulation ou le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

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