



ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL

Conditions générales - PV 611/02-2003

P&V Assurances srl
Membre du Groupe P&V

Rue Royale 151, 1210 Bruxelles
Tél.: + 32 2 250 91 11

www.pv.be

IBAN BE29 8777 9394 0464 - BIC BNAGBEBB
TVA BE 0402.236.531 – RPM Bruxelles
Entreprise d'assurances agréée par la BNB sous le numéro de code 0058



Table des matières

Objet de l'assurance	4
Article 1	4
Validité territoriale	4
Article 2	4
Description du risque	4
Article 3	4
Modification du risque	5
Article 4	5
Droit de visite de l'entreprise assurée	5
Article 5	5
Durée du contrat	6
Article 6	6
Article 7	6
Non occupation de personnel	6
Article 8	6
Changement de preneur d'assurance	6
Article 9	6
Article 10.....	6
Article 11	6
Article 12.....	7
Fin du contrat	7
Article 13.....	7
Article 14.....	7
Article 15.....	8
Calcul et paiement de la prime	8
Article 16.....	8
Article 17.....	8
Article 18.....	8
Article 19.....	8
Article 20.....	9
Article 21	9
Article 22.....	9
Modifications des conditions d'assurance	10
Article 23.....	10
Sinistres	10
Article 24.....	10
Article 25.....	10
Prévention des accidents et contrôle	11
Article 26.....	11
Subrogation	11
Article 27	11
Communications et notifications	11
Article 28.....	11



Extraits de la loi du 10 avril 1971 sur les Accidents du travail	12
Lexique.....	21



ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL

Objet de l'assurance

Article 1

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

Toutefois la garantie du contrat est limitée à tous les ouvriers ou à tous les employés de l'entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou encore à tous les gens de maison au service du preneur d'assurance, si celui-ci a choisi un assureur distinct.

La Compagnie garantit aux bénéficiaires, sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance et cela jusqu'à ce que le contrat prenne fin, l'intégralité des indemnités fixées par la loi.

L'assurance est limitée à l'égard du preneur d'assurance au risque découlant des activités décrites dans le contrat, sur base de ses déclarations.

Validité territoriale

Article 2

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

Description du risque

Article 3

A la souscription du contrat, le preneur d'assurance s'engage à déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la Compagnie des éléments d'appréciation du risque.

S'il n'est point répondu à certaines questions écrites de la Compagnie et si celle-ci a néanmoins conclu le contrat, elle ne peut, hormis le cas de fraude, se prévaloir ultérieurement de cette omission.

- A. Lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelle dans la déclaration induisent la Compagnie en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat est nul. Les primeprimes échues jusqu'au moment où la Compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues.
- B. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration du risque ne sont pas intentionnelles, la Compagnie propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour de la connaissance de l'inexactitude ou de l'omission. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance, ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la Compagnie peut résilier le contrat dans les quinze jours. Néanmoins, si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et :
 - a. si l'omission ou la déclaration inexacte ne peuvent être reprochées au preneur d'assurance, la Compagnie doit fournir la prestation convenue ;
 - b. si l'omission ou la déclaration inexacte peuvent être reprochées au preneur d'assurance, la Compagnie dispose contre celui-ci d'une action en remboursement de sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait correctement déclaré le risque.



Toutefois, si (lors d'un sinistre) la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, l'action en remboursement de la Compagnie porte sur la totalité des prestations effectuées au profit du bénéficiaire sous déduction de la totalité des primes payées.

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

Si une circonstance inconnue des deux parties lors de la conclusion du contrat vient à être connue en cours d'exécution de celui-ci, il est fait application de l'article 4 - A ou B - selon que ladite circonstance constitue une aggravation ou une diminution du risque assuré.

Modification du risque

Article 4

En cours de contrat, le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer, dans les conditions de l'article 3 alinéa 1 les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'accident.

A. Lorsque le risque de survenance de l'accident s'est aggravé de telle sorte que, si l'aggravation avait existé au moment de la souscription, la Compagnie n'aurait consenti l'assurance qu'à d'autres conditions, elle doit, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation, proposer la modification du contrat avec effet rétroactif au jour de l'aggravation.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance, ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la Compagnie peut résilier le contrat dans les 15 jours.

Si la Compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance de l'aggravation.

Si un accident survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet et si le preneur d'assurance a rempli l'obligation visée à l'alinéa 1, la Compagnie est tenue d'effectuer la prestation convenue.

Si un accident survient alors que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée à l'alinéa 1, la Compagnie est tenue d'effectuer les prestations convenues.

Toutefois, dans ce cas, la Compagnie dispose du même recours que celui prévu à l'article 3 des présentes conditions générales.

B. Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué de façon durable et sensible au point que, si la diminution avait existé au moment de la souscription, la Compagnie aurait consenti l'assurance à d'autres conditions, celle-ci accorde une diminution de la prime à due concurrence à partir du jour où elle a eu connaissance de la diminution du risque. Si les parties contractantes ne parviennent pas à un accord sur la prime nouvelle dans un délai d'un mois à compter de la demande de diminution formée par le preneur d'assurance, celui-ci peut résilier le contrat.

Droit de visite de l'entreprise assurée

Article 5

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

Les délégués de la Compagnie ont, dans ce but, libre accès au sein de l'entreprise, à seule fin de procéder à des enquêtes de prévention.

A la demande de la Compagnie, le preneur d'assurance est tenu de lui communiquer une copie du rapport annuel du service de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail, établissant les taux de fréquence et de gravité des trois derniers exercices. Si le preneur d'assurance ne respecte pas ces obligations, la Compagnie pourra mettre fin au contrat dans les conditions de l'article 14.



Durée du contrat

Article 6

Le contrat prend effet à la date indiquée aux conditions particulières (à 0 heure).

Article 7

Le contrat est conclu pour une durée d'un an maximum. Il se renouvelle tacitement pour des périodes successives d'un an, aussi longtemps qu'il n'est pas résilié par lettre recommandée au moins 3 mois avant l'expiration de la période d'assurance en cours. La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la durée peut être de trois ans pour les contrats conclus avec les entreprises qui, au moment de la conclusion ou de la prolongation du contrat, emploient dix personnes au moins, ou qui font assurer une masse salariale de plus de dix fois la rémunération de base maximum telle que visée à l'article 39 de la loi.

Quelle que soit la durée du contrat, celle-ci est prolongée, le cas échéant, de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat du 1er janvier de l'année qui suit.

Non-occupation de personnel

Article 8

Lorsqu'un preneur d'assurance n'emploie plus de personnes assujetties à la loi, il doit en aviser sans délai la Compagnie en précisant la date exacte à laquelle prend fin l'activité de ces personnes.

Sauf convention contraire, le contrat est résilié par la Compagnie par lettre recommandée, à la date où elle en a eu connaissance mais au plus tôt à la date à laquelle le preneur d'assurance n'occupe plus de personnel.

Changement de preneur d'assurance

Article 9

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

Toutefois, le nouveau titulaire de l'intérêt assuré ainsi que la Compagnie peuvent résilier le contrat, le premier par lettre recommandée à la poste dans les 3 mois et 40 jours du décès, la seconde dans les formes prescrites par l'article 14 dans les 3 mois du jour où elle a eu connaissance du décès.

Article 10

En cas de faillite du preneur d'assurance, le contrat subsiste au profit de la masse des créanciers qui devient débitrice envers la Compagnie des primes à échoir à partir de la déclaration de faillite.

La Compagnie et le curateur de la faillite ont néanmoins le droit de résilier le contrat. Toutefois, la résiliation du contrat par la Compagnie ne peut se faire que 3 mois après la déclaration de la faillite tandis que le curateur de la faillite ne peut résilier le contrat que dans les 3 mois qui suivent la déclaration de la faillite.

Article 11

En cas de concordat judiciaire par abandon d'actif du preneur d'assurance, l'assurance subsiste au profit de la masse des créanciers aussi longtemps que les biens composant l'actif n'ont pas été entièrement réalisés par le liquidateur.

Celui-ci et la Compagnie peuvent toutefois mettre fin de commun accord au contrat.

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



Article 12

En cas de maintien d'activité mais de changement de personne physique ou morale sous quelque forme juridique que ce soit et pour toute autre cause que celles visées aux articles 9 à 11, le preneur d'assurance ou ses héritiers ou ayants cause s'engagent à faire continuer le contrat par leurs successeurs.

En cas de manquement à cette obligation, la Compagnie peut exiger du preneur d'assurance ou de ses héritiers ou ayants cause, indépendamment des primes échues, une indemnité de résiliation égale à la dernière prime annuelle. Le contrat prend alors fin à la date de ce changement ou de cette reprise. La Compagnie peut néanmoins refuser le transfert du contrat et le résilier. Dans ce cas, la Compagnie doit assurer la couverture du contrat en cours jusqu'à l'expiration d'un délai de 45 jours qui commence à courir le jour du dépôt de la lettre recommandée de résiliation adressée au preneur d'assurance. La Compagnie garde alors le droit aux primes échues correspondant aux périodes couvertes.

Fin du contrat

Article 13

Le contrat se termine de plein droit :

- à la date de cessation définitive des activités du preneur d'assurance ;
- à la date à laquelle la Compagnie cesse d'être agréée aux fins de la loi.

Article 14

A. La Compagnie peut résilier le contrat :

1. Pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 7.
2. En cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans la description du risque, conformément aux articles 3 et 4.
3. En cas de non-occupation de personnel selon l'article 8.
4. Dans tous les cas de changement de preneur d'assurance selon les articles 9 à 12.
5. En cas de non-paiement des primes ou de défaut de déclaration des rémunérations dans les délais fixés dans le contrat selon l'article 20.
6. Dans tous les cas où la Compagnie peut exercer un recours en vertu du contrat.
7. En cas de défaut grave de prévention.
8. En cas de non-respect des articles 5 et 21 organisant pour la Compagnie un droit de contrôle du risque assuré et des déclarations de salaires.
9. Après chaque déclaration d'accident. Toutefois dans ce cas, la résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à 3 mois à partir du moment de la signification de la résiliation. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement de l'indemnité.

B. Le preneur d'assurance peut résilier le contrat :

1. Pour la fin de chaque période d'assurance conformément à l'article 7.
2. En cas de modification des conditions d'assurance et/ou du tarif, conformément à l'article 23.
3. En cas de diminution du risque, conformément à l'article 4.
4. Après chaque déclaration d'accident. Toutefois dans ce cas la résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours sans que ce délai puisse être inférieur à 3 mois à partir du moment de la signification de la résiliation. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement de l'indemnité.

C. Les dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances sont applicables en ce qui concerne les conditions, les modalités et les délais dans lesquels il est mis fin au contrat par le preneur d'assurance ou par la Compagnie dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la loi.



Article 15

La résiliation se fait par exploit d'huissier de justice ou par lettre recommandée à la poste. Sauf dans les cas visés à l'article 14 A - 1, 5 et 9, B - 1 et 4, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La portion de prime correspondant à la période postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation est remboursée par la Compagnie dans les 15 jours à dater de la prise d'effet de la résiliation.

Calcul et paiement de la prime

Article 16

Dès que le contrat est formé, la prime est due. La prime est annuelle. Elle est majorée des taxes et contributions éventuelles réglementairement imposées au preneur d'assurance.

La prime est forfaitaire ou révisable et payable à terme échu.

Article 17

Lorsque la prime est forfaitaire, elle est fixée à la conclusion du contrat. Elle peut varier dans la même proportion que le plafond de la rémunération de base fixé conformément à la loi.

Elle est payable par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières.

Article 18

Lorsque la prime est révisable, elle est calculée en multipliant le montant des rémunérations assurées par le taux applicable à chacun des risques de l'entreprise. Par rémunération on entend la rémunération brute des bénéficiaires sans aucune retenue, y compris tous les avantages.

Les sommes attribuées aux ouvriers à titre de pécule de vacances ne doivent pas être mentionnées sur la déclaration de rémunération visée à l'article 20.

La Compagnie leur substitue le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles.

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

Pour les membres du personnel mineurs d'âge et pour les apprentis, même non rémunérés, la prime est calculée sur la rémunération moyenne des travailleurs majeurs de la catégorie professionnelle à laquelle ils auraient appartenu à leur majorité ou à l'expiration du contrat d'apprentissage, sauf si la rémunération effective est supérieure à la rémunération des travailleurs majeurs. Pour les travailleurs à temps partiel, une rémunération hypothétique sera calculée et ajoutée pour les journées ou heures non prestées par rapport à l'horaire complet d'un travailleur à temps plein, applicable à l'entreprise en vertu de la loi ou selon l'usage. Pour les personnes rémunérées au pourboire, la rémunération doit correspondre à la rémunération réelle, sans être inférieure à la rémunération forfaitaire prise en considération pour le calcul des primes de sécurité sociale.

La rémunération assurée ne peut en aucun cas être inférieure à la rémunération mensuelle moyenne minimum garantie ou à celle fixée par la convention conclue au niveau de l'entreprise ou par la convention collective conclue au Conseil National du Travail, en commission ou sous commission paritaire ou en tout autre organe paritaire, rendue obligatoire ou non par Arrêté Royal. Lorsque les rémunérations annuelles sont supérieures au plafond légal de la rémunération de base, elles ne sont prises en considération pour le calcul des primes, qu'à concurrence de ce maximum.

La Compagnie se réserve le droit de fixer un minimum de rémunération assurée par contrat.

Article 19

Lorsque la prime est révisable et payable à terme échu, le preneur d'assurance paie anticipativement une prime provisoire qui sera déduite de la prime définitive, laquelle sera calculée à la fin de chaque exercice d'assurance.

La prime provisoire est calculée sur base des rémunérations assurées l'année précédente ou, si son entreprise est de création récente, sur base des rémunérations établies de commun accord.

Les primes provisoires suivantes seront égales au montant de la prime définitive relative à l'avant-dernier exercice complet d'assurance.

Article 20

A la fin de chaque exercice d'assurance :

1. le preneur d'assurance fournit à la Compagnie tous les éléments nécessaires au calcul de la prime en complétant et en lui renvoyant dans les 15 jours le formulaire "état de salaire" qui lui a été envoyé, faute de quoi la Compagnie adresse au preneur d'assurance une lettre recommandée lui octroyant un délai de 15 jours pour exécuter son obligation et lui signalant que l'expiration de ce délai entraînera d'office des derniers chiffres communiqués majorés de 50 %.

2. La Compagnie :

- établit le montant de la prime définitive ;
- déduit de ce montant la prime provisoire ;
- réclame ou rembourse la différence.

L'établissement du décompte d'office ne préjudicie en rien au droit de la Compagnie d'exiger la déclaration ou d'obtenir le paiement sur base des rémunérations réelles afin de régulariser le compte du preneur d'assurance.

En lieu et place du formulaire précité, le preneur d'assurance pourra envoyer les comptes individuels de chaque travailleur

Article 21

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

A cet effet, le preneur d'assurance s'engage à mettre à la disposition de la Compagnie ou de son délégué tous les documents et comptes individuels soumis au contrôle social ou fiscal.

La Compagnie conserve cette faculté pendant les 3 ans qui suivent la fin du contrat.

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

Dans les cas où la déclaration des rémunérations comporterait des inexactitudes, la Compagnie, tenue d'indemniser les bénéficiaires sur base de la rémunération telle que définie par la loi, dispose contre le preneur d'assurance du même recours que celui prévu à l'article 3 des conditions générales.

Dans les cas où l'erreur de déclaration est frauduleuse, le recours portera sur l'intégralité des prestations effectuées sous couvert d'une prime insuffisante.

Si, par contre, l'erreur de déclaration, sans être intentionnelle, peut être reprochée au preneur d'assurance, la Compagnie limitera son recours aux prestations effectuées sous couvert de la prime perçue et celle qui aurait dû l'être si la déclaration avait été exacte.

Article 22

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la Compagnie peut suspendre la garantie ou résilier le contrat, à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure par lettre recommandée.

La suspension de garantie ou la résiliation ont effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, met fin à cette suspension.

Lorsque la Compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut encore résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure visée à l'alinéa 1; dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du 1er jour de suspension.

Si la Compagnie ne s'est pas réservé cette faculté, la résiliation intervient après nouvelle mise en demeure conformément aux alinéas 1 et 2.

La suspension de garantie ne porte pas atteinte au droit de la Compagnie de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure conformément à l'alinéa 1. Le droit de la Compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.

Aussi longtemps que dure la suspension, le preneur d'assurance reste tenu de déclarer les rémunérations aux termes prévus par le contrat et la Compagnie envoie les décomptes de primes.

La Compagnie dispose contre le preneur d'assurance en cas de suspension de la garantie d'une action en remboursement de toute somme qu'elle aura dû payer ou mettre en réserve en vertu de l'article 1 alinéa 3 des présentes conditions générales.

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



Modification des conditions d'assurance

Article 23

La Compagnie ne peut imposer des nouvelles conditions de garantie que pour tenir compte d'une modification du risque.

La Compagnie ne peut imposer une augmentation de tarif que lors de l'échéance annuelle suivante.

Dans les deux cas la Compagnie doit en aviser le preneur d'assurance. Celui-ci peut - dans les 3 mois suivant la réception de cet avis - résilier le contrat.

Passé ce délai, les conditions sont considérées comme agréées. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle suivante, à condition qu'un délai d'au moins trois mois sépare de cette échéance la notification de l'augmentation ou de la modification. S'il n'en est pas ainsi, les effets du contrat se prolongent au-delà de l'échéance annuelle, pendant le temps nécessaire pour parfaire le délai de 3 mois.

La faculté de résiliation, prévue au 2ème alinéa, n'existe pas lorsque la majoration tarifaire ou la modification des conditions d'assurance résulte d'une disposition légale ou réglementaire.

Sinistres

Article 24

Tout accident pouvant donner lieu à l'application de la loi est déclaré par écrit par le preneur d'assurance à la Compagnie dans les formes et délais prescrits par la loi.

Un certificat médical doit, si possible, être joint à la déclaration, sinon être adressé à la Compagnie dans les plus brefs délais. Les formulaires à utiliser sont mis à sa disposition par la Compagnie.

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

En vue de faciliter la collecte contradictoire des éléments justificatifs des montants assurés, des dommages et des circonstances du sinistre, le preneur d'assurance autorise expressément les personnes mandatées par la Compagnie à recueillir toutes les données qu'elles jugeraient utiles et de leur permettre à cette fin, notamment, d'interroger tout membre du personnel.

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

Si le preneur d'assurance ne respecte pas ces obligations, la Compagnie pourra exercer une action en remboursement de sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi.

Si le manquement à ces obligations résulte d'une intention frauduleuse du preneur d'assurance, l'action en remboursement porte sur la totalité des prestations effectuées par la Compagnie au bénéficiaire.

Article 25

La gestion des sinistres et des litiges relatifs à ceux-ci revient exclusivement à la Compagnie. En conséquence, le preneur d'assurance s'abstiendra de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis du bénéficiaire que du tiers responsable de l'accident.

Le preneur d'assurance ne peut transiger avec les tiers responsables de l'accident que si la Compagnie a donné son accord au préalable. A défaut d'accord, tous actes, initiatives ou transactions du preneur d'assurance ne sont pas opposables à la Compagnie.

La Compagnie n'est pas tenue de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à sa charge les primes ou les frais en résultant.

Par contre le preneur d'assurance est tenu d'en avvertir la Compagnie dès qu'il sera poursuivi. Le preneur d'assurance doit transmettre à la Compagnie au plus tard dans les 7 jours ouvrables de leur réception tous actes judiciaires et extra-judiciaires relatifs à l'accident.



Prévention des accidents et contrôle

Article 26

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

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

Dans ce cas, la Compagnie peut également résilier le contrat dans les conditions de l'article 14.7.

Est considérée comme faute lourde au sens de l'article 62 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, le manquement grave aux dispositions légales en matière de prévention ayant fait l'objet de la part de la Compagnie d'une notification spécifique et préalable au preneur d'assurance.

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

Subrogation

Article 27

La Compagnie est subrogée dans les droits et actions des bénéficiaires contre tout tiers responsable de l'accident.

Communications et notifications

Article 28

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

Celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci au contrat.



Extraits de la loi du 10 avril 1971 sur les Accidents du travail et arrêtés d'exécution

Article 6

1. La nullité du contrat de louage de travail ne peut être opposée à l'application de la présente loi.
2. Toute convention contraire aux dispositions de la présente loi est nulle de plein droit.
3. Lorsqu'il statue sur les droits de la victime et de ses ayants droit, le juge vérifie d'office si les dispositions de la présente loi ont été observées.

Article 10

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

Article 11

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

Article 12

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

1. au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident;
2. au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime, à condition que :
 - a. le mariage contracté après l'accident l'ait été au moins un an avant le décès de la victime, ou,
 - b. un enfant soit issu du mariage, ou,
 - c. au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints bénéficiait des allocations familiales.

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

Article 13

1. Les enfants orphelins de père ou de mère reçoivent une rente égale à 15 % de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, s'ils sont :
 - a. enfants légitimes, nés ou conçus avant le décès de la victime ;
 - b. enfants légitimes, nés d'un mariage précédent du conjoint survivant ;
 - c. enfants naturels reconnus par la victime ou son conjoint avant son décès.
2. Les enfants visés au § 1er, orphelins de père et de mère, et les enfants naturels non reconnus par la mère décédée à la suite d'un accident du travail, reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
3. La rente accordée en application du § 1er aux enfants légitimes, nés d'un mariage précédent du conjoint survivant et aux enfants naturels reconnus par lui avant le décès de la victime, est diminuée du montant de la rente accordée auxdits enfants en raison d'un autre accident du travail. Le total de la rente ainsi diminuée et de l'autre rente ne peut toutefois être inférieur à la rente accordée aux enfants de la victime.



Article 14

1. Les enfants adoptés par une seule personne avant le décès reçoivent une rente qui, pour chaque enfant, est égale à 20 % de la rémunération de base de l'adoptant décédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
2. Les enfants adoptés par deux personnes reçoivent, pour chaque enfant, une rente égale à :
 - a. 15 % de la rémunération de base si l'un des adoptants survit à l'autre, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération ;
 - b. 20 % de la rémunération de base si l'un des adoptants est prédécédé, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
3. Les adoptés qui, conformément aux dispositions de l'article 365 du Code Civil, peuvent faire valoir leurs droits dans leur famille d'origine et dans leur famille adoptive, ne peuvent pas cumuler les droits auxquels ils pourraient prétendre dans chacune de ces familles. Ils peuvent toutefois opter entre la rente à laquelle ils ont droit dans leur famille d'origine et celle à laquelle ils ont droit dans leur famille adoptive. Les adoptés peuvent toujours revenir sur leur choix si un nouvel accident mortel survient dans leur famille d'origine ou adoptive.
4. En cas de concours d'enfants adoptés avec des enfants légitimes ou naturels, reconnus ou non reconnus, la rente accordée aux enfants adoptés ne peut être supérieure à celle accordée aux autres enfants.
5. Les dispositions du présent article sont également applicables dans les cas prévus à l'article 355 du Code Civil.

Article 15

1. Le père et la mère de la victime, enfant légitime ou reconnu avant le décès, qui, au moment du décès, ne laisse ni conjoint, ni enfants bénéficiaires, reçoivent une rente viagère égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux. Sous les mêmes conditions, la mère de l'enfant naturel non reconnu, mais non abandonné par elle, reçoit une rente égale à 20 % de la rémunération de base. Toutefois, si la victime laisse, au moment du décès, un conjoint sans enfants bénéficiaires, la rente pour chacun des bénéficiaires visés par les alinéas précédents 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 enfants bénéficiaires ;
 - b. 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint sans enfants bénéficiaires.

Article 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé, une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si leur père et leur mère sont décédés, ils reçoivent une rente égale à 20 % de la rémunération de base pour chacun d'eux, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % de ladite rémunération. Toutefois, s'il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père ou de mère ont, par souche, des droits égaux à ceux des enfants ; la rente accordée à chaque souche de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête. Si les petits-enfants visés à l'alinéa précédent sont orphelins de père et de mère, la rente par souche est portée à 20 %. La rente octroyée aux petits-enfants est diminuée du montant de la rente octroyée aux petits-enfants précités en raison d'un autre accident du travail. Sont assimilés aux petits-enfants les enfants pour lesquels des allocations familiales sont accordées du chef des prestations de la victime ou du conjoint, pour autant que ces enfants n'aient pas encore droit à une rente en vertu de la présente loi.

Article 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.

Article 18

Si le nombre d'ayants droit visés aux articles 13, 14, 16 ou 17 est supérieur à 3, le taux de 15 % ou de 20 % est diminué, pour chaque ayant droit, en le multipliant par une fraction ayant pour numérateur le nombre 3 et pour dénominateur le nombre d'ayants droit.

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

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



Article 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 1 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 ayants droit est constatée.

Article 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.

Si la victime est un apprenti qui ne recevait pas de rémunération, les bénéficiaires ont néanmoins droit à la rente s'ils vivaient sous le même toit.

Article 20bis

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

Article 21

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

Article 22

Lorsque l'accident a été la cause d'une incapacité temporaire et totale de travail, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité de travail, à une indemnité journalière égale à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne. L'indemnité afférente à la journée au cours de laquelle l'accident survient ou au cours de laquelle l'incapacité de travail débute est égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritee par la victime.

Article 23

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

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

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

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

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

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

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



Article 23bis

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

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

Article 24

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 mis en demeure par l'entreprise d'assurances par lettre recommandée, l'entreprise d'assurances peut lui notifier sa décision de déclaration de guérison.

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

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

Si l'état de la victime exige absolument et normalement l'assistance d'une autre personne, elle peut prétendre à une allocation complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance, sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé pour un travailleur à temps plein, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail.

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

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'assureur, dans un établissement hospitalier ou de soins, l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue.

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

Article 24bis

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, l'entreprise d'assurances ne peut retenir l'allocation pour l'aide d'une tierce personne sur la base de l'article 24, alinéa 6, que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un établissement hospitalier ou de soins après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 91^e jour d'hospitalisation ininterrompue, ceci à concurrence de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne visée à l'article 24, alinéa 4, majorée de l'indexation ou de l'allocation pour cette prestation.

Article 24ter

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

Article 25

Si l'incapacité permanente causée par un accident du travail s'aggrave à un point tel que la victime ne peut plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle a été reclassée, elle peut prétendre, durant cette période, aux indemnités prévues (aux articles 22, 23 et 23 bis).

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



Article 25bis

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

Article 25ter

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

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

Article 26

Si la victime a besoin d'appareils de prothèse ou d'orthopédie, la déclaration de guérison sans incapacité permanente de travail fait l'objet d'un accord entre parties ou d'une décision coulée en force de chose jugée. Si l'accident a causé des dégâts aux appareils de prothèse ou d'orthopédie, la victime a droit aux frais de réparation ou de remplacement de ces appareils. Cette disposition est également d'application si l'accident n'a pas produit une lésion.

Si la victime subit du fait du dommage visé à l'alinéa 1er une incapacité temporaire de travail, elle a droit, pendant la période qui est nécessaire à la réparation ou au remplacement des appareils de prothèse et d'orthopédie, aux indemnités prévues aux articles 22 ou 23 et 23bis.

Article 27

Pour les jours au cours desquels la victime interrompt son travail à la demande de l'entreprise d'assurances (ou d'une juridiction du travail) en vue d'un examen résultant de l'accident, l'entreprise d'assurances doit à la victime une indemnité égale à la rémunération quotidienne normale diminuée de la rémunération éventuellement proméritee par la victime. Pour l'application de la législation sociale, les jours d'interruption de travail sont assimilés à des jours de travail effectif. L'alinéa 1er est également d'application au Fonds des accidents du travail.

Article 27bis

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 % sont adaptées à l'indice des prix à la consommation, conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Ces allocations annuelles ou les rentes réellement payées sont rattachées à l'indice pivot en vigueur à la date de l'accident en application de l'article 4 § 1er, de la loi du 2 août 1971 précitée.

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

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

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 à leurs ayants droit.

Article 27ter

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'indexation et les allocations visées à l'article 27bis sont à charge du Fonds des accidents du travail.



Article 27quater

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

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

Article 28

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

Article 28bis

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

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

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

Cette indemnité est versée par l'assureur au Fonds des accidents du travail dans le mois qui suit l'homologation ou l'entérinement de l'accord ou la décision visée à l'article 24.

Article 29

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

1. l'employeur a institué à sa charge un service médical agréé par le Roi ou s'est affilié auprès d'un service médical agréé. Le Roi détermine les conditions de création, de fonctionnement et d'affiliation;
2. l'employeur a désigné pour chaque type de soins fournis dans le service au moins trois dispensateurs de soins à qui la victime peut s'adresser, sauf pour ce qui est des premiers soins;
3. la création du service ou l'affiliation auprès du service, les noms des dispensateurs de soins et la délimitation géographique de l'obligation de s'adresser au service médical sont mentionnés dans le règlement de travail ou, en ce qui concerne les gens de mer, au rôle d'équipage;
4. les travailleurs sont consultés suivant les conditions fixées par le Roi;
5. la victime est liée par un contrat de travail à l'employeur au service duquel l'accident a eu lieu. Lorsque la victime s'adresse à un dispensateur de soins autre que celui du service médical institué en vertu de l'alinéa 1^{er}, les frais sont à la charge de l'entreprise d'assurances suivant les conditions et suivant le tarif fixés par le Roi;

Article 31

Lorsque la victime a le libre choix du dispensateur de soins, les soins médicaux sont remboursés sur base du tarif fixé par le Roi.

Article 32

Au cours du traitement, l'entreprise d'assurances peut, dans le cas où la victime a le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Au cours du traitement, la victime ou ses ayants droit peuvent, dans le cas où la victime n'a pas le libre choix, désigner un médecin chargé de contrôler le traitement. Le médecin chargé de contrôler le traitement aura libre accès auprès de la victime pour autant qu'il en avertisse le médecin traitant.

Le Roi détermine les honoraires dus au médecin désigné par la victime. Ils sont supportés à concurrence de 90 % par l'entreprise d'assurances.



Article 33

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

Article 45

La victime et le conjoint peuvent demander qu'un tiers au maximum de la valeur de la rente qui leur re-vient 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.

Article 45bis

Sauf pour les accidents du travail visés aux articles 45ter et 45quater, si la rente, après l'expiration du délai de révision, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10%, la valeur de la rente viagère, diminuée conformément à l'article 24, alinéa 3, est payée à la victime, en capital, dans le mois qui suit l'expiration dudit délai.

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

Article 45ter

Pour les accidents survenus avant le 1^{er} janvier 1988, la valeur de la rente qui après l'expiration du délai visé à l'article 72, est calculée sur un taux d'incapacité permanente de travail inférieur à 10%, est versée en capital au Fonds des accidents du travail conformément à l'article 51bis.

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

Article 45quater

Pour les accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 1988 dans le cas desquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10% se fait, soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1^{er} janvier 1994, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée, à une date à partir du 1^{er} janvier 1994, la valeur de l'allocation annuelle et de la rente est versée en capital au Fonds des accidents du travail, tel qu'il est prévu à l'article 51ter.

Ce règlement s'applique également aux accidents survenus à partir du 1^{er} janvier 1988 pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1^{er} janvier 1994 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10% ou plus se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa premier, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de moins de 10%, soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

En ce qui concerne les accidents pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de 10% à moins de 16% se fait soit par entérinement de l'accord à une date à partir du 1^{er} janvier 1997, soit par une décision judiciaire passant en force de chose jugée à une date à partir du 1^{er} janvier 1997, la valeur d'une allocation annuelle ou d'une rente liées, le cas échéant, à l'indice des prix à la consommation est versée en capital au Fonds des accidents du travail, comme le prévoit l'article 51ter.

L'alinéa précédent s'applique également aux accidents pour lesquels la victime a été déclarée guérie sans incapacité permanente de travail à partir du 1^{er} janvier 1997 ou pour lesquels la fixation du taux d'incapacité permanente de travail de moins de 10% ou de 16% au moins se fait par un entérinement ou par une décision judiciaire visés à l'alinéa précédent, dans le cas où les allocations annuelles et rentes sont fixées, après révision, sur la base d'un taux de 10% à moins de 16% soit par un accord-révision entériné, soit par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée.

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



Article 49

L'employeur est tenu de souscrire une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances qui :
1° est autorisée aux fins de l'assurance contre les accidents du travail ou peut exercer l'assurance contre les accidents du travail en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances;

2° satisfait à toutes les règles et conditions imposées par la présente loi.

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an ; cette durée doit être prolongée le cas échéant de la période qui sépare la date de prise d'effet du contrat du 1er janvier de l'année qui suit.

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

Par dérogation aux dispositions des alinéas 2 et 3, la durée peut être de trois ans pour les contrats d'assurance conclus avec des entreprises qui, au moment de la conclusion ou de la prolongation du contrat, emploient dix personnes ou plus ou qui font assurer une masse salariale de plus de dix fois la rémunération de base maximum telle que visée à l'article 39 de la présente loi.

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

Dans le cas où l'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 aux-elles ils sont occupés par cet employeur.

Toutefois, l'employeur conserve la possibilité d'assurer tous les ouvriers ou employés de son entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou tous les gens de maison à son service auprès des entreprises d'assurances distinctes.

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 lequel il n'a aucun lien juridique ou commercial.

Article 49bis

1. Les dispositions de l'article 49, alinéas 5 et 6, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, ne s'appliquent aux contrats d'assurance souscrits avant son entrée en vigueur qu'à partir de la date de la modification, du renouvellement, de la reconduction ou de la transformation de ces contrats.
2. Les contrats visés au § 1er qui n'ont été ni modifiés, ni renouvelés, ni reconduits, ni transformés sont soumis aux dispositions de l'article 49, alinéas 5 et 6, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, dès le 1er septembre 1994.
3. Les dispositions de l'article 49, alinéas 2, 3 et 4, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, s'appliquent aux contrats en cours dès le 1er janvier 1993. Les modifications résultant de l'adaptation des contrats en cours aux nouvelles dispositions de l'article 49, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, ne peuvent justifier la résiliation du contrat.
4. Les entreprises d'assurance procèdent à l'adaptation formelle des contrats d'assurance et autres documents d'assurance aux nouvelles dispositions de l'article 49, telles que remplacées par l'article 57 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses, au plus tard pour le 1er juillet 1993 ou pour la date à laquelle la loi leur est applicable si cette date est postérieure au 1er juillet 1993. Jusqu'à cette date, les contrats existants et nouveaux ne doivent pas, quant à la forme, être conformes à l'article 49 précité.

Article 50

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



Article 69

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

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

Par dérogation aux dispositions de l'article 26 de la loi du 17 avril 1878 contenant le titre préliminaire du Code de procédure pénale, l'action en paiement des cotisations visées à l'article 59/4, se prescrit par cinq ans.

Article 72

La demande en révision des indemnités, fondée sur une modification de la perte de capacité de travail de la victime ou sur son décès dû aux conséquences de l'accident, peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de l'homologation ou de l'entérinement de l'accord entre les parties ou de la décision ou de la notification visée à l'article 24 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.

La victime ou ses ayants droit peu-vent intenter une action en justice contre la décision de guérison sans incapacité permanente de travail dans les trois ans qui suivent la date de la notification visée à l'article 24. Dans ce cas, la demande visée à l'alinéa 1er peut être introduite dans les trois ans qui suivent la date de la décision visée à l'article 24.

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



LEXIQUE

Compagnie

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

Preneur d'assurance

La personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance.

Bénéficiaire

La ou les personnes au profit des-quelles l'assureur a des obligations garanties par le contrat.

Accident

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

Lois

Selon les cas, la loi du 3 juillet 1967 ou la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que toute extension et modification de ces législations ainsi que leurs arrêtés d'exécution.

Contrat

Les conditions générales et particulières.



DISPOSITIONS LÉGALES

Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Les données concernant le preneur d'assurance sont enregistrées dans des fichiers constitués en vue d'établir, de gérer et d'exécuter les contrats d'assurance.

Le responsable du traitement est P&V Assurances scrl, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles. Le preneur d'assurance peut consulter ces données et, le cas échéant, en obtenir la rectification. S'il ne souhaite pas être contacté dans le cadre d'actions de marketing direct, ses coordonnées seront effacées sans frais des listes concernées, sur simple demande.

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 du groupe d'intérêt économique Datassur, 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 l'entreprise d'assurances P&V Assurances scrl au GIE Datassur, 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, 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Plaintes

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 Assurances, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles, tel : 02/250.90.60, E-mail: plainte@pv.be
- En appel : à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, www.ombudsman.as.

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