

CONDITIONS GÉNÉRALES
ACCIDENTS DU TRAVAIL
PERSONNEL « GENS DE MAISON »

INTRODUCTION

Afin de vous faciliter la lecture, nous avons prêté une attention toute particulière au choix des mots utilisés. Malheureusement, il n'est cependant pas toujours possible d'exclure systématiquement tous les termes techniques et c'est pourquoi ceux-ci, imprimés en italique, sont définis dans le chapitre « Définitions ».

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
DÉFINITIONS	7
TITRE I - LE CHAMP D'APPLICATION	9
Article 1 : Quel est l'objet de l'assurance ?	9
Article 2 : Quelles sont les personnes assurées ?	9
Article 3 : Où l'assurance est-elle valable ?	9
Article 4 : Les indemnités garanties	9
TITRE II - LES GARANTIES	10
Chapitre 1 - La garantie due en vertu de la loi	10
Article 5 : Les personnes occupées régulièrement	10
Article 6 : Les personnes occupées occasionnellement	10
Chapitre 2 - Les garanties extra-légales	11
Article 7 : L'extension de la qualité de bénéficiaire	11
Article 8 : L'extension de la qualité d'assuré	11
TITRE III - EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES (ARTICLE 11)	17
TITRE IV - LES DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES	18
Article 12 : La formation et durée du contrat	18
Article 13 : La prime	19
Article 14 : La fin du contrat	20
Article 15 : Les dispositions diverses	21
Article 16 : Mode de communication et langues	22
Article 17 : Rémunération perçue par les collaborateurs d'Ethias concernés par la distribution d'assurance	23
TITRE V - EXTRAITS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	24

DÉFINITIONS

► LES PARTIES AU CONTRAT

1. Le preneur d'assurance (vous)

L'employeur, personne physique, assujetti à la loi et qui souscrit le contrat.

2. Nous

Ethias SA, rue des Croisiers 24 à 4000 LIÈGE

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB

3. Abandon de recours

La renonciation au droit de réclamer le remboursement de nos débours au responsable d'un dommage.

4. Accident du travail

Le fait accidentel qui doit conjuguer les cinq éléments suivants :

- il s'agit d'un événement soudain ;
- dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime ;
- qui produit une lésion ;
- qui est survenu dans le cours de l'exécution du travail ;
- qui est survenu par le fait de cette exécution.

5. Accident sur le chemin du travail

Le fait accidentel survenu sur le trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre de sa résidence au lieu d'exécution du travail, et inversement.

6. Bénéficiaire

La ou les personnes (autres que l'assuré) au profit desquelles les indemnités sont versées.

7. Conditions particulières

Les conditions qui personnalisent le contrat et comportent entre autres : le numéro de police, le nom du preneur d'assurance, le risque assuré, la date d'échéance,...

8. Contrat de travail

Convention verbale ou écrite entre vous et le travailleur par laquelle ce dernier s'engage à fournir contre rémunération des prestations de travail sous votre autorité. La rémunération, le lien de subordination et les prestations de travail constituent les caractéristiques du contrat de travail qui le distinguent d'autres contrats tels que le contrat d'entreprise.

9. Date de consolidation

La date à laquelle la guérison de la victime est acquise ou celle à laquelle le taux d'incapacité permanente est fixé.

10. État de subordination

La situation dans laquelle se trouve votre travailleur. En d'autres termes, il doit respecter les indications que vous lui donnez sur la manière d'effectuer le travail. Il n'est pas requis que vous soyez présent sur le lieu du travail. Il suffit que vous ayez la possibilité d'exercer votre autorité sur lui.

11. Incapacité permanente

- en ce qui concerne la garantie due en vertu de la loi : perte de capacité économique par rapport au marché général du travail ;
- en ce qui concerne les garanties extra-légales : perte de capacité physiologique déterminée conformément au barème officiel belge des invalidités (arrêté du Régent du 12 février 1946, M.B. 15 juin 1947).

12. Incapacité temporaire

- en ce qui concerne la garantie due en vertu de la loi et la Division B : incapacité d'exercer temporairement l'activité prestée au moment de l'accident ;
- en ce qui concerne la Division A : incapacité d'exercer temporairement la profession principale.

13. Loi

La loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ainsi que ses arrêtés d'exécution.

14. Ménage

L'ensemble des choses domestiques ; tout ce qui concerne l'entretien d'une famille.

15. Occupation occasionnelle (occasionnellement)

L'occupation à caractère non régulier et non récurrent.

16. Occupation régulière (régulièrement)

L'occupation qui se caractérise par le fait qu'elle se reproduit selon une certaine périodicité.

17. Personnel domestique

Personnel prestant un travail domestique.

18. Personnel logé

Personnel ayant établi sa résidence pour des raisons professionnelles au domicile ou à la résidence principale de l'employeur.

19. Préposé

Personne qui accomplit un acte ou une fonction déterminée sous la direction ou le contrôle d'une autre.

20. Rémunération

Ce que vous allouez au travailleur en contrepartie du travail fourni. La rémunération ne doit pas nécessairement être un montant en argent. Des avantages en nature sont également considérés comme une rémunération.

21. Rémunération contractuelle

La rémunération annuelle forfaitaire garantie stipulée aux conditions particulières.

22. Rémunération garantie

Le plafond maximum prévu par la loi.

23. Subroger

Substituer une personne à une autre dans le cadre de ses droits et obligations.

24. Travail domestique

Travail manuel de nature ménagère qui est immédiatement et essentiellement axé sur votre ménage privé.

25. Vie privée

Part de l'activité humaine qui se situe en dehors des activités professionnelles assurées par la garantie due en vertu de la loi.

TITRE I LE CHAMP D'APPLICATION

ARTICLE 1 QUEL EST L'OBJET DE L'ASSURANCE ?

L'assurance couvre tout *accident du travail* ou sur le chemin du travail survenant aux personnes assurées telles que définies à l'article 2 et donnant lieu à réparation en exécution de la *loi*.

La présente police couvre également, dans le cadre des garanties accidents corporels, les dommages résultant d'un acte de terrorisme, conformément à la loi du 1er avril 2007 (M.B du 15 mai 2007).

ARTICLE 2 QUELLES SONT LES PERSONNES ASSURÉES ?

Ce sont les travailleurs qui, liés par un *contrat de travail*, remplissent simultanément les trois conditions suivantes :

- a) ils sont engagés pour les besoins privés de votre *ménage* ou de votre famille ;
- b) ils se trouvent en état de *subordination* vis-à-vis des membres de votre famille ou de votre ménage ;
- c) ils perçoivent une *rémunération* en contrepartie du travail fourni.

Le contrat couvre un nombre quelconque de personnes rémunérées peu importe leurs salaires, la fréquence et la durée de leurs prestations.

La garantie de l'assurance n'est cependant acquise aux fonctions détaillées ci-dessous que moyennant consultation de la compagnie et sur la base un tarif adapté à la nature du risque :

- palefrenier
- jeune file au pair (occupée pendant plus d'un mois)
- gouvernante
- chauffeur
- garde-chasse
- bonne de curé
- concierge au service privé

ARTICLE 3 OÙ L'ASSURANCE EST-ELLE VALABLE ?

La garantie est acquise dans le monde entier pour autant que vous ayez votre domicile ou votre résidence principale en Belgique et qu'au moment de l'accident, la législation belge soit ou reste d'application conformément aux conventions internationales.

ARTICLE 4 LES INDEMNITÉS GARANTIES

Nous garantissons à l'assuré victime d'un accident ou à ses ayants droit, sans exception ni réserve et nonobstant toute clause de déchéance et cela jusqu'à ce que le contrat prenne fin, toutes les indemnités fixées par la *loi* lorsque celle-ci est d'application.

En ce qui concerne les dommages résultant d'actes de terrorisme, Ethias a adhéré à l'a.s.b.l. TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Tant le principe que les modalités d'indemnisation d'un sinistre résultant d'un acte de terrorisme sont déterminés par un Comité distinct des entreprises d'assurance qui est instauré par l'article 5 de la loi du 1er avril 2007. En ce qui concerne l'ensemble de nos engagements à l'égard de tous nos assurés, nous couvrons, conjointement avec les autres membres de l'a.s.b.l. et l'Etat belge, les événements survenus au cours d'une année civile, à concurrence d'un milliard d'euros.

TITRE II LES GARANTIES

Chapitre 1 La garantie due en vertu de la loi (Des extraits de cette loi sont repris au chapitre V).

ARTICLE 5 LES PERSONNES OCCUPÉES RÉGULIÈREMENT

L'assurance s'applique en cas d'*occupation régulière* du personnel dans votre résidence principale et / ou votre(vos) résidence(s) secondaire(s).

Selon la nature des prestations, la distinction suivante peut être établie :

5.1. LES TRAVAILLEURS AFFECTÉS EXCLUSIVEMENT OU PRINCIPALEMENT À DES TRAVAUX DOMESTIQUES

Exemples de travaux à caractère domestique : cuisinier/cuisinière, valet de chambre/femme de chambre, couturier/couturière, repasseur/repasseuse, homme ou femme de *ménage*, baby-sitter.

5.2. LES TRAVAILLEURS AFFECTÉS EXCLUSIVEMENT OU PRINCIPALEMENT À DES TRAVAUX AUTRES QUE DOMESTIQUES

Exemples de travaux à caractère manuel : chauffeur privé, garde du corps, homme à tout faire, garçon de ferme, jardinier.

Exemples de travaux à caractère intellectuel : infirmier/infirmière, éducateur/éducatrice d'enfants, gouvernante, secrétaire privé, professeur privé.

5.3. MAIS ENCORE...

Le personnel à *occupation régulière* peut, à titre complémentaire, effectuer ses prestations habituelles dans les locaux que vous affectez à l'exercice d'une activité commerciale ou d'une profession libérale, si ces locaux sont attenants à votre habitation privée ou se situent dans la même propriété.

5.4. LES MENTIONS AUX *conditions particulières*

Tout travailleur visé aux points 5.1. et 5.2 ci-devant doit être désigné aux *conditions particulières* avec mention de la nature des prestations effectuées (exemples : femme de journée, jardinier, baby-sitter, ...).

Chaque travailleur fait l'objet d'une tarification distincte. Il est toutefois dérogé à ce principe dans le cas où vous occupez plusieurs travailleurs dont la nature des prestations est identique (exemple : deux femmes de journée) et à condition que les horaires de travail ne soient pas concomitants.

ARTICLE 6 LES PERSONNES OCCUPÉES OCCASIONNELLEMENT

L'assurance s'applique également aux personnes occupées occasionnellement qui sont limitativement désignées ci-après :

6.1. LE PERSONNEL DOMESTIQUE D'APPOINT ENGAGÉ PENDANT LES VACANCES ET POUR UNE DURÉE MAXIMUM D'UN MOIS.

6.2. LE PERSONNEL DOMESTIQUE D'APPOINT OU DE REMPLACEMENT

Il s'agit du personnel occupé occasionnellement lors de circonstances particulières telles que grand nettoyage, fêtes familiales, réceptions.

6.3. LES PERSONNES PRÉPOSÉES, À TITRE NON PROFESSIONNEL, À LA GARDE OCCASIONNELLE DE VOS ENFANTS.

6.4. LE PERSONNEL OCCUPÉ OCCASIONNELLEMENT À L'ENTRETIEN D'UN JARDIN D'AGRÉMENT OU À L'EXÉCUTION DE TRAVAUX D'ENTRETIEN OU DE PETITES RÉPARATIONS À VOTRE IMMEUBLE OU PARTIE D'IMMEUBLE AFFECTÉ À VOTRE RÉSIDENCE PRINCIPALE OU DE VILLÉGIATURE.

Pour chaque activité désignée aux points 6.2, 6.3 et 6.4, la durée ne peut dépasser 14 jours calendrier par année d'assurance.

Chapitre 2 Les garanties extra-légales

► DIVISION A LES EXTENSIONS DE GARANTIE AUTOMATIQUEMENT ACCORDÉES

ARTICLE 7 L'EXTENSION DE LA QUALITÉ DE BÉNÉFICIAIRE

Par extension à la *loi*, en cas de décès de la personne assurée, le cohabitant légal au sens de la *loi* du 23 novembre 1998 peut bénéficier des indemnités légalement prévues en faveur du conjoint survivant.

ARTICLE 8 L'EXTENSION DE LA QUALITÉ D'ASSURÉ

8.1. QUELLES SONT LES AUTRES PERSONNES ASSURÉES ?

Par dérogation à l'article 2, cette garantie étend le contrat aux personnes non assujetties à la *loi* (travailleur non rémunéré ou travailleur qui ne se trouve pas en *état de subordination*).

Cette extension vise les personnes qui, occasionnellement, rendent divers petits services pour vos besoins privés ou ceux de votre famille (par exemple, un parent donne un « coup de main » pour tapisser une pièce de l'habitation ou un voisin tond la pelouse).

Cette extension n'a d'effet que si les services s'effectuent à votre résidence principale ou de villégiature.

8.2. QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE ?

La présente garantie a pour objet d'accorder le paiement des indemnités déterminées au point 8.4. en cas d'accidents corporels dont les personnes assurées seraient victimes :

- a) par le fait et dans le cours de l'accomplissement des activités effectuées pour vos besoins privés ou ceux de votre famille ;
- b) sur le chemin de ces activités.

La notion d'*accident du travail* et d'accident survenu sur le chemin du travail s'apprécient par référence à la *loi*.

8.3. LES CONDITIONS D'OCTROI

Nous garantissons le paiement des indemnités déterminées au point 8.4. à la condition que l'assuré ou ses ayants droit :

- a) renonce(nt) à tout recours contre vous et les personnes dont vous répondez et
- b) nous subroge(nt) dans tous ses (leurs) droits et actions contre le(s) tiers responsable(s) de l'accident.

8.4. LES INDEMNITÉS GARANTIES

A. En cas de décès

En cas de décès de la personne assurée survenant au plus tard trois ans après l'accident qui en est la cause, nous payons un capital égal à la *rémunération garantie*.

Le paiement se fait au *bénéficiaire* désigné ; à défaut, au conjoint non séparé de droit ou de fait ou au cohabitant légal au sens de la *loi* du 23 novembre 1998 ; en l'absence, aux autres héritiers légaux de la victime (autre que le conjoint précité).

B. En cas d'incapacité permanente

1. Lorsque l'état de l'assuré peut être considéré comme n'étant plus susceptible d'évolution et que l'accident a pour conséquence une *incapacité permanente*, nous payons à l'assuré un capital déterminé au prorata du degré d'incapacité sur la base de la *rémunération garantie* pour une incapacité atteignant 100%. Le degré de l'incapacité à considérer est celui indiqué dans le barème officiel belge des invalidités (arrêté du Régent du 12 février 1946, M.B. 15 juin 1947).
2. Pour le calcul du taux d'incapacité, il sera exclusivement tenu compte des lésions qui sont la suite directe de l'accident.
3. Si une maladie ou un état maladif qui existait déjà avant l'accident, ou qui est survenu après l'accident mais sans dépendre de celui-ci, vient à en aggraver les conséquences, nous ne sommes tenus que des indemnités correspondant aux conséquences que l'accident aurait probablement eues sans l'intervention de la maladie ou de l'état.
4. Un même accident ne peut donner lieu au paiement d'une indemnité pour le cas de décès et d'une indemnité pour *incapacité permanente*.

C. En cas d'incapacité temporaire

1. L'indemnité pour *incapacité temporaire* totale est égale à 90% de la *rémunération* quotidienne moyenne, laquelle représente 1/365e de la *rémunération garantie*.
2. Il est précisé que l'indemnité journalière ne sera allouée que s'il y a perte effective de *rémunération* et jusqu'à concurrence de cette perte effective.
3. La période pendant laquelle nous pourrions être tenus au paiement de l'indemnité pour incapacité temporaire commence le lendemain de l'accident et finit à la *date de consolidation* et, au plus tard, le trois cent soixante-cinquième jour qui suit l'accident.
4. Le paiement de l'indemnité pour *incapacité temporaire* a lieu sans préjudice de celle due pour le cas de décès ou pour *incapacité permanente*.

D. Frais de traitement

1. Nous prenons à notre charge le remboursement :
 - a) des divers frais de diagnostic et de traitement tels que les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de radiographie, de prothèse, d'orthopédie, de traitements spéciaux (massage, physiothérapie, mécano-thérapie), d'hospitalisation, de transfusion de sang ;
 - b) du coût des transports de la victime nécessités par les soins et effectués par un moyen en rapport avec la nature et la gravité des lésions sur base du barème prévu par la loi.
2. Ces divers frais ne sont remboursés que s'ils sont exposés avant la *date de consolidation* et au plus tard dans un délai maximum d'un an à partir du jour de l'accident et après intervention de l'assurance maladie-invalidité ou de l'organisme qui en tient lieu.

8.5. LA RESPONSABILITÉ CIVILE

1. Dans quels cas ?

La présente extension de garantie s'applique également aux réparations civiles auxquelles vous pourriez être tenu, en vertu des articles 1382 à 1386 bis du Code civil belge ou de dispositions analogues en droit étranger, en cas d'accident corporel dont serait victime le personnel décrit au point 8.1. ci-devant.

2. Exclusions

1. Les dommages découlant de la responsabilité civile soumise à une assurance légalement rendue obligatoire (notamment ceux visés par la législation sur l'assurance obligatoire des véhicules automoteurs) ;
2. Les dommages causés intentionnellement, soit résultant d'un état d'ivresse ou d'un état analogue dû à l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées ;
3. Les dommages résultant des fautes lourdes suivantes :
 - la participation à une rixe, à un pari ou à un défi, à un crime ou un délit intentionnel ;
 - les actes qui, tout en ne revêtant pas un caractère indispensable à la bonne exécution des fonctions auxquelles le personnel est affecté, aggravent le risque jusqu'à le dénaturer ;
4. Les dommages résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes.

3. Les indemnités garanties**1. L'indemnité due en principal**

En ce qui concerne les dommages résultant de lésions corporelles, notre garantie est accordée à concurrence de 12 394 680 euros par sinistre.

Quant aux dommages matériels, notre garantie est accordée jusqu'à concurrence de 1 239 470 euros par sinistre, après application d'une franchise de 123,95 euros par sinistre.

Par conséquent, la réparation des dommages matériels ne dépassant pas 123,95 euros ne donnera lieu à aucune intervention de notre part. Au-delà de cette somme, la franchise, qui n'est ni rachetable ni assurable, sera déduite du montant de l'indemnité.

Les montants indiqués ci-devant sont liés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui du mois de décembre 1983, soit 119,64 (sur la base 100 en 1981).

En cas de sinistre, l'indice applicable est celui du mois précédent le mois de la survenance du sinistre.

2. Les frais de sauvetage, les intérêts et frais d'actions civiles

Les frais de sauvetage, les intérêts et les frais d'actions civiles sont supportés intégralement par *nous* pour autant que le total de l'indemnité due en principal et de ces divers frais et intérêts ne dépasse pas, par sinistre, la somme totale assurée. Au-delà de la somme totale assurée, les frais de sauvetage, les intérêts et les frais d'actions civiles sont limités à 495 787,05 euros.

4. L'interdiction de cumul

Lorsque l'assuré ou ses ayants droit intente(nt) une action en responsabilité contre vous, il(s) perd(ent) définitivement le bénéfice de la garantie des indemnités prévues au point 8.4.

► **DIVISION B LA GARANTIE FACULTATIVE DES ACCIDENTS CORPORELS DONT POURRAIT ÊTRE VICTIME, AU COURS DE SA VIE PRIVÉE, LE PERSONNEL OCCUPÉ ET LOGÉ CHEZ VOUS**

La présente garantie n'est accordée que si mention en est faite expressément dans les conditions particulières.

ARTICLE 9**9.1. QUELLES SONT LES PERSONNES ASSURÉES ?**

Les personnes désignées à l'article 2 et qui sont logées chez vous.

9.2. QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE FACULTATIVE ?

Elle a pour objet d'accorder le paiement des indemnités déterminées au point 9.5., en cas d'accident corporel dont pourrait être victime dans le cours de sa *vie privée* le personnel assuré.

9.3. PRÉCISIONS QUANT AUX RISQUES GARANTIS

Par accident, il faut entendre l'événement soudain dont la cause ou l'une des causes est étrangère à l'organisme de la victime et qui produit une lésion corporelle.

Nous ne répondons que des suites directes et exclusives de l'accident.

Sont également considérés comme accident et par conséquent couverts :

1. les maladies, les contagions et les infections qui sont la conséquence directe d'un accident ;
2. la congélation, l'insolation, la noyade, l'hydrocution ainsi que toutes autres conséquences d'immersion involontaire ;
3. l'empoisonnement, l'intoxication ou l'asphyxie accidentels ou criminels ;
4. les lésions corporelles encourues en cas de légitime défense ou de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens en danger ;
5. les lésions résultant d'attentats ou d'agressions survenues à un assuré ;
6. les morsures d'animaux ou les piqûres d'insectes et leurs conséquences ;

7. pour autant qu'elles se manifestent d'une manière immédiate et soudaine, les hernies, les ruptures ou les déchirures musculaires, les distorsions, les claquages, les foulures et les luxations, qui sont la conséquence directe d'un effort physique ;
8. les lésions corporelles accidentelles consécutives aux manifestations d'un état maladif de la victime ; il est précisé que les conséquences pathologiques résultant de cet état maladif ne sont pas assurées.

Nous couvrons la pratique des sports à titre récréatif et d'amateur.

9.4. LES EXCLUSIONS

Sont exclus de l'assurance ainsi que leurs conséquences :

1. les maladies, l'apoplexie, les attaques nerveuses, les vertiges, l'épilepsie, la hernie non traumatique, les maux de dos n'ayant pas entraîné de déchirures musculaires, les refroidissements et, en général, les suites d'influences climatiques, sauf ceux qui sont la conséquence d'un accident survenu dans les conditions mentionnées au point précédent ;
2. les accidents causés par un acte intentionnel de l'assuré et/ou de la personne *bénéficiaire* des indemnités : le suicide ou la tentative de suicide, les mutilations volontaires ;
3. les accidents survenus par suite de lutte ou de rixe sauf lorsque l'assuré est en état de légitime défense ;
4. les accidents survenus par suite de tremblement de terre ;
5. les accidents survenus à un assuré en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique, de trouble mental ou sous l'influence de stupéfiants, à moins que la victime ou ses ayants droit ne prouvent qu'il n'existe pas de relation causale entre l'accident et cet état ;
6. les accidents survenus par suite de la pratique de sports aériens (y compris le saut à l'élastique et le parasailing) ou par suite de l'ascension de montagnes par voies non frayées ou de glaciers ;
7. les aggravations de l'état de santé résultant de soins prodigués par une personne ne disposant pas de capacités légalement requises pour la pratique de l'art médical ;
8. les dommages résultant de l'utilisation d'explosifs ou d'énergie nucléaire qui tombe sous l'application de la convention de Paris (*loi* du 22 juillet 1985) ou tout autre disposition légale qui remplacerait, modifierait ou compléterait cette *loi* ;
9. les accidents résultant d'émeutes et de grèves, sauf s'il est prouvé que la victime n'y a pris aucune part active.

9.5. LES INDEMNITÉS GARANTIES

A. En cas de décès

En cas de décès de la personne assurée survenant au plus tard trois ans après l'accident qui en est la cause, nous payons un capital égal à huit fois la *rémunération contractuelle*.

Le paiement se fait au *bénéficiaire* désigné ; à défaut, au conjoint non séparé de droit ou de fait ou au cohabitant légal au sens de la *loi* du 23 novembre 1998 ; en l'absence, aux autres héritiers légaux de la victime (autres que le conjoint précité).

B. En cas d'incapacité permanente

1. Lorsque l'état de l'assuré peut être considéré comme n'étant plus susceptible d'évolution et que l'accident a pour conséquence une *incapacité permanente*, nous payons à l'assuré un capital déterminé au prorata du degré d'incapacité sur la base d'un capital égal à dix fois la *rémunération contractuelle* pour une incapacité atteignant 100%. Le degré de l'incapacité à considérer est celui indiqué dans le barème officiel belge des invalidités (arrêté du Régent du 12 février 1946, M.B. 15 juin 1947).
2. Pour le calcul du taux d'incapacité, il sera exclusivement tenu compte des lésions qui sont la suite directe de l'accident.
3. Si une maladie ou un état maladif qui existait déjà avant l'accident, ou qui est survenu après l'accident mais sans dépendre de celui-ci, vient à en aggraver les conséquences, nous ne sommes tenus que des indemnités correspondant aux conséquences que l'accident aurait probablement eues sans l'intervention de la maladie ou de l'état.
4. Un même accident ne peut donner lieu au paiement d'une indemnité pour le cas de décès et d'une indemnité pour *incapacité permanente*.

C. En cas d'incapacité temporaire

1. L'indemnité pour *incapacité temporaire* totale est égale à 90% de la *rémunération* quotidienne moyenne, laquelle représente 1/365e de la *rémunération contractuelle*.
2. Il est précisé que l'indemnité journalière ne sera allouée que s'il y a perte effective de *rémunération* et jusqu'à concurrence de cette perte effective.
3. La période pendant laquelle *nous* pourrions être tenus au paiement de l'indemnité pour incapacité temporaire commence le lendemain de l'accident et finit à la *date de consolidation* et, au plus tard le trois cent soixante-cinquième jour qui suit.
4. Le paiement de l'indemnité pour *incapacité temporaire* a lieu sans préjudice de celle due pour le cas de décès ou pour *incapacité permanente*.

D. Frais de traitement

1. *Nous* prenons à notre charge le remboursement :
 - a) des divers frais de diagnostic et de traitement tels que les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de radiographie, de prothèse, d'orthopédie, de traitements spéciaux (massage, physiothérapie, mécanothérapie), d'hospitalisation, de transfusion de sang ;
 - b) du coût des transports de la victime nécessités par les soins effectués par un moyen en rapport avec la nature et la gravité des lésions sur base du barème prévu par la *loi*.
2. Ces divers frais ne sont remboursés que s'ils sont exposés avant la *date de consolidation* et au plus tard dans un délai maximum d'un an à partir du jour de l'accident et après intervention de l'assurance maladie-invalidité ou de l'organisme qui en tient lieu.

► **DIVISION C LA GARANTIE FACULTATIVE DE VOTRE RESPONSABILITÉ CIVILE ET DE CELLE DE VOS TRAVAILLEURS**

La présente garantie n'est accordée que si mention en est faite expressément dans les *conditions particulières*.

ARTICLE 10**10.1. QUELLES SONT LES PERSONNES ASSURÉES ?**

Vous-même et les personnes couvertes par le présent contrat.

10.2. QUEL EST L'OBJET DE LA GARANTIE FACULTATIVE ?

Nous garantissons la responsabilité civile qui peut vous incomber en vertu des articles 1382 à 1386 bis du Code civil et des dispositions analogues de droit étranger, en raison de dommages causés aux tiers par le personnel assuré, lorsqu'il est à votre service privé ou celui de votre *ménage*.

Par extension, la responsabilité civile personnelle de ces travailleurs est également couverte lorsqu'elle est engagée dans les mêmes circonstances.

10.3. NE PEUVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME TIERS

1. vous-même, votre conjoint cohabitant ainsi que toutes les personnes vivant au sein de votre foyer ;
2. vos *préposés*, le conjoint de l'auteur de l'accident ainsi que les personnes qui font partie de leur *ménage* ;
3. toute autre personne dont la responsabilité est couverte aux termes des *conditions particulières*.

10.4. LES EXCLUSIONS

1. Les dommages découlant de la responsabilité civile soumise à une assurance légalement rendue obligatoire (notamment ceux visés par la législation sur l'assurance obligatoire des véhicules automoteurs) ;
2. Les dommages causés par un incendie ou une explosion qui peuvent être assurés par une police d'assurance contre l'incendie ;
3. Les dommages causés à des animaux ou à des biens mobiliers ou immobiliers dont vous seriez propriétaire, locataire, dépositaire, gardien, usager ou qui vous auraient été confiés à quelque titre que ce soit ;
4. Les dommages causés intentionnellement, soit résultant d'un état d'ivresse ou d'un état analogue dû à l'utilisation de produits autres que des boissons alcoolisées ;
5. Les dommages résultant des fautes lourdes suivantes :
 - la participation à une rixe, à un pari ou à un défi, à un crime ou un délit intentionnel ;
 - les actes qui, tout en ne revêtant pas un caractère indispensable à la bonne exécution des fonctions auxquelles le personnel est affecté, aggravent le risque jusqu'à le dénaturer ;
6. Les dommages résultant directement ou indirectement de la modification du noyau atomique, de la radioactivité et de la production de radiations ionisantes.

10.5. LES INDEMNITÉS GARANTIES

1. L'indemnité due en principal

En ce qui concerne les dommages résultant de lésions corporelles, notre garantie est accordée à concurrence de 12 394 680 euros par sinistre.

Quant aux dommages matériels, notre garantie est accordée jusqu'à concurrence de 1 239 470 euros par sinistre, après application d'une franchise de 123,95 euros par sinistre.

Par conséquent, la réparation des dommages matériels ne dépassant pas 123,95 euros ne donnera lieu à aucune intervention de notre part. Au-delà de cette somme, la franchise, qui n'est ni rachetable ni assurable, sera déduite du montant de l'indemnité.

Les montants indiqués ci-devant sont liés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui du mois de décembre 1983, soit 119,64 (sur la base 100 en 1981).

En cas de sinistre, l'indice applicable est celui du mois précédent le mois de la survenance du sinistre.

2. Les frais de sauvetage, les intérêts et les frais d'actions civiles

Les frais de sauvetage, les intérêts et les frais d'actions civiles sont supportés intégralement par *nous* pour autant que le total de l'indemnité due en principal et de ces divers frais et intérêts ne dépasse pas, par sinistre, la somme totale assurée.

Au-delà de la somme totale assurée, les frais de sauvetage, les intérêts et les frais d'actions civiles sont limités à 495 787,05 euros.

TITRE III EXCLUSIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES**ARTICLE 11 NE SONT PAS COUVERT(E)S PAR LE PRÉSENT CONTRAT D'ASSURANCE****11.1. LES PERSONNES AFFECTÉES AU SERVICE DE PERSONNES MORALES, D'ASSOCIATIONS DE FAIT OU DE COLLECTIVITÉS DE PERSONNES COMME LES ASSOCIATIONS DE COPROPRIÉTAIRES**

C'est notamment le cas des personnes au service d'entreprises commerciales ou industrielles, d'associations, syndicats ou de collectivités.

11.2. LE PERSONNEL SOUS STATUT D'INDÉPENDANT**11.3. LES PERSONNES AU SERVICE D'ASSOCIATIONS DE CHASSE, MANÈGES ET ASSOCIATIONS ANALOGUES****11.4. LES PERSONNES AFFECTÉES À UNE ACTIVITÉ QUI CONSTITUE UN RISQUE AGGRAVÉ**

On entend par « risque aggravé », une activité quelconque qui, par sa nature, l'exposition à un danger ou sa spécificité, n'est normalement effectuée que par du personnel dûment qualifié.

Tel est notamment le cas :

- de tous les travaux effectués à une hauteur de plus de cinq mètres à partir du sol ;
- de grands travaux d'entretien, de réparation ou de rénovation.

Ceux-ci constituent un risque aggravé en raison de l'expérience spécifique et/ou du matériel professionnel qu'ils requièrent et qui en font des travaux normalement effectués par des professionnels qui ne travaillent pas sous votre autorité.

11.5. TOUS LES TRAVAUX SUR TOITURE HORMIS LE NETTOYAGE DES CORNICHES À CONDITION QUE LA CORNICHE SOIT SITUÉE À UNE HAUTEUR INFÉRIEURE À CINQ MÈTRES À PARTIR DU SOL.

TITRE IV LES DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

ARTICLE 12 LA FORMATION ET DURÉE DU CONTRAT

12.1. LA DESCRIPTION DU RISQUE

Lors de la conclusion du contrat ainsi qu'en cours de contrat, vous êtes tenu de *nous* communiquer :

- tous les éléments permettant une appréciation exacte du risque ;
- les autres assurances (le nom de la compagnie et le numéro de contrat) ayant le même objet ;
- les abandons de recours que vous auriez consentis.

12.2. LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat est formé dès l'instant où *nous* sommes en possession de l'exemplaire des *conditions particulières* dûment signé par vous.

Dès sa formation, la garantie prend effet à zéro heure à la date d'effet mentionnée aux *conditions particulières* et dans tous les cas au plus tôt le lendemain du jour du paiement de la première prime annuelle.

12.3. LA DURÉE DU CONTRAT

La durée du contrat d'assurance ne peut excéder un an. Cette durée peut toutefois 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.

Le contrat se renouvelle tacitement pour des périodes successives d'un an, sauf si l'une des parties s'y oppose, par lettre recommandée, trois mois au moins avant l'expiration du terme prescrit de la période d'assurance en cours.

La résiliation prend effet à la date d'échéance annuelle qui est le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

12.4. LA HIÉRARCHIE DES CONDITIONS

Les *conditions particulières* et spéciales complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

ARTICLE 13

LA PRIME

13.1. LE CALCUL DE LA PRIME

La prime est adaptée à l'échéance annuelle selon le rapport existant entre le salaire minimum garanti au 1er janvier de l'année civile précédant l'échéance et celui fixé au moment de l'établissement du tarif de base soit 4 880,03 euros (salaire minimum en 2000).

13.2. LES MODALITÉS DE PERCEPTION

- La prime est annuelle ;
- Elle est payable anticipativement et est exigible au jour de l'échéance.

13.3. LES TAXES ET IMPÔTS

Tous impôts, contributions ou taxes, établis ou à établir, sous une dénomination quelconque par quelque autorité que ce soit, à notre charge, du chef des primes perçues ou des sommes assurées, sont et seront exclusivement supportés par vous. Ces impôts, contributions ou taxes seront perçus par anticipation en même temps que la prime.

13.4. EN CAS DE NON-PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une prime, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié par lettre recommandée comportant sommation de payer dans un délai de quinze jours à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration dudit délai.

Si la garantie est suspendue :

- a) le paiement des primes échues met fin à la suspension ;
- b) à défaut de paiement, *nous* pouvons résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater du premier jour de suspension de la garantie. La prime impayée et les primes venues à échéance pendant le temps de la suspension *nous* sont acquises, à titre d'indemnités forfaitaires limitées à deux années consécutives. Aucun événement survenu pendant la période de suspension ne peut *nous* engager et la prime payée pendant ou après un sinistre éventuel ne relève pas l'assuré de la déchéance.

13.5. FRAIS ADMINISTRATIFS

A défaut pour nous de vous payer en temps utile une somme d'argent certaine, exigible et incontestée et pour autant que vous nous ayez adressé une mise en demeure par lettre recommandée, nous vous rembourserons vos frais administratifs généraux calculés forfaitairement à 10,00 euros.

Pour chaque lettre recommandée que nous vous enverrons au cas où vous omettriez de nous payer une somme d'argent présentant les caractéristiques précitées (par exemple en cas de non-paiement de la prime), vous nous paierez la même indemnité.

Si nous sommes contraints de confier la récupération d'une créance à un tiers, une indemnité équivalente à 10 % du montant dû avec un minimum de 10,00 euros et un maximum de 100,00 euros vous sera réclamée.

13.6. L'ADAPTATION TARIFAIRE

Lorsque nous modifions notre tarif, le nouveau tarif est appliqué à la date d'échéance annuelle qui suit la notification au preneur d'assurance :

- si cette notification a lieu au moins 4 mois avant la date d'échéance annuelle, le preneur d'assurance dispose du droit de résilier son contrat moyennant un préavis de 3 mois. Dans ce cas, les effets du contrat cessent à la date d'échéance annuelle ;
- si cette notification a lieu ultérieurement, le preneur d'assurance dispose du droit de résilier le contrat dans les 3 mois de la notification. Dans ce cas, les effets du contrat cessent 1 mois après la réception de la lettre de résiliation et au plus tôt à la date d'échéance annuelle.

ARTICLE 14

LA FIN DU CONTRAT

14.1. RÉSILIATION

Vous avez la possibilité de résilier le contrat :

- lors d'une augmentation tarifaire selon les modalités prévues à l'article 13.6. ;
- à la date d'échéance, la notification devant se faire par lettre recommandée au plus tard trois mois avant cette date ;
- après survenance d'un accident. La résiliation n'est effective qu'à l'expiration de l'année d'assurance en cours, sans que ce délai puisse être inférieur à trois mois à partir du moment de la signification de la résiliation par lettre à la poste. Cette résiliation est notifiée au plus tard un mois après le premier paiement des indemnités journalières à la victime ou le refus de paiement des indemnités.

Nous avons la possibilité de résilier le contrat en tout ou en partie :

- s'il apparaît que le risque réel est plus important que le risque déclaré et que vous n'acceptez pas la proposition de modification de la police dans le mois qui suit sa réception ; dans ce cas, la résiliation doit se faire dans les quinze jours.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du jour suivant la notification.

En cas d'intention frauduleuse, la résiliation prend effet le jour de la notification ;

- pendant la suspension des garanties suite au non-paiement de la prime comme stipulé à l'article 13.4. ;
- à la date d'échéance. La notification devant se faire au plus tard trois mois avant cette date par lettre recommandée déposée à la poste.

Remarques

1. nous renonçons à notre droit de résiliation après sinistre sauf en cas de fraude avérée, et à condition que nous ayons déposé plainte contre le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire devant un juge d'instruction avec constitution de partie civile ou que nous l'ayons cité devant la juridiction de jugement, sur la base des articles 193, 197, 496 ou 510 à 520 du Code Pénal, la résiliation prend effet un mois après la notification ;
2. les dispositions de la *loi* du 04 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 d'assurance tant par vous que de notre part dans la mesure où il n'y est pas dérogé par la *loi*. C'est ainsi qu'en cas de résiliation du contrat par *nous*, pour toute autre cause que la survenance d'*accident du travail*, sauf dans les cas visés aux articles 57 § 4 et 71 de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances, nos obligations ne prennent fin qu'à l'expiration d'un délai qui ne peut être inférieur à un mois ; ce délai prend cours à partir du jour suivant celui où *nous* portons à votre connaissance par lettre recommandée à la poste, la résiliation du contrat.

Procédure de résiliation

Dans tous les cas, la résiliation du contrat se fait par lettre recommandée à la poste.

14.2. EN CAS DE DÉCÈS

Si vous venez à décéder :

- le contrat est transféré à vos héritiers ou ayants droit ;
- vos héritiers ou ayants droit peuvent résilier le contrat dans un délai de trois mois et 40 jours à dater du décès, moyennant un préavis d'un mois prenant cours au lendemain du dépôt à la poste de l'envoi recommandé ;
- *nous* avons la possibilité de mettre fin au contrat endéans un délai de trois mois à compter du jour où *nous* avons connaissance de votre décès.

14.3. NON-OCCUPATION DE PERSONNEL

Lorsque vous n'employez plus de personnes assujetties à la *loi*, vous devez *nous* en aviser sans délai en précisant par écrit la date exacte à laquelle prend fin l'activité desdites personnes.

14.4. EN CAS DE FAILLITE

Si vous êtes déclaré en faillite :

- le contrat demeure au profit des créanciers ;
- le curateur peut résilier le contrat dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite ;
- *nous* avons la possibilité de mettre fin au contrat, mais au plus tôt trois mois après la déclaration de faillite.

14.5. EN CAS DE DÉMÉNAGEMENT

En cas de *déménagement* en Belgique :

- vous devez *nous* communiquer votre nouvelle adresse afin que *nous* puissions adapter votre contrat ;
- dès le moment où vous transférez votre domicile ou votre résidence principale à l'étranger, l'assurance cesse de plein droit.

14.6. LE RETRAIT DE L'AGRÉMENT

Le contrat s'achève de plein droit à la date à laquelle *nous* cessons d'être agréés.

ARTICLE 15 LES DISPOSITIONS DIVERSES

15.1. DOMICILE ET CORRESPONDANCE

Les communications ou notifications qui *nous* sont destinées doivent être faites à notre siège ; celles qui vous sont destinées sont valablement faites à l'adresse indiquée dans les *conditions particulières* ou à votre dernière adresse connue.

En cas de pluralité de preneurs d'assurance, toute communication adressée à l'un d'eux est valable à l'égard de tous.

15.2. DÉCLARATION D'ACCIDENT

Vous devez *nous* déclarer par écrit tout accident qui peut donner lieu à l'application de la *loi* dans les formes prescrites par la *loi*. Un certificat médical doit être joint à la déclaration. Ces deux documents doivent *nous* être envoyés dans les dix jours ouvrables à dater du jour qui suit celui de la survenance de l'accident.

Nous mettons à votre disposition les formules à utiliser.

Vous devez *nous* fournir sans retard tous renseignements utiles et répondre aux demandes qui vous sont faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

15.3. GESTION DES SINISTRES

La gestion des accidents et des litiges relatifs aux accidents *nous* revient exclusivement. En conséquence, vous vous abstenerez de toute reconnaissance de responsabilité, de tout paiement ou de toute promesse de paiement tant vis-à-vis des *bénéficiaires* que vis-à-vis du tiers responsable de l'accident. Vous ne pouvez transiger avec le(s) tiers responsable(s) de l'accident.

Nous ne sommes pas tenus de suivre les procès devant les juridictions répressives ni de prendre à notre charge les peines ou frais en résultant. Par contre, vous êtes tenu de *nous* en avertir dès que vous serez poursuivi ou que vous en aurez connaissance.

Vous devez *nous* transmettre tout acte judiciaire ou extrajudiciaire relatif à l'accident dès sa signification ou sa remise, sous peine, en cas de négligence, de tous dommages et intérêts en notre faveur en réparation du préjudice que *nous* avons subi.

15.4. PAIEMENT DES FRAIS ET INDEMNITÉS

En cas d'acceptation du sinistre, les frais de traitement et l'indemnité pour *incapacité temporaire* sont remboursés sur présentation des pièces justificatives.

Les indemnités sont allouées sous déduction des impôts légalement prévus.

En aucun cas, *nous* ne pouvons être contraints à des paiements provisionnels.

15.5. SUBROGATION

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions, ceux des *bénéficiaires* ou ceux des ayants droit, contre tout tiers responsable du dommage.

15.6. TEXTES LÉGAUX ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le droit belge est applicable au contrat d'assurance.

Tout litige relatif à la formation, à la validité, à l'exécution, à l'interprétation ou à la résiliation du présent contrat est de la compétence exclusive des Cours et Tribunaux belges.

La Banque Nationale de Belgique est l'autorité de contrôle des entreprises d'assurance.

BNB : Banque Nationale de Belgique

Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 BRUXELLES

Tél. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00

www.nbb.be

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias « Service 1035 »

rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE

Fax 04 220 39 65

gestion-des-plaintes@ethias.be

Service Ombudsman des assurances

Square de Meeûs 35 - 1000 BRUXELLES

Fax 02 547 59 75

www.ombudsman.as

info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

ARTICLE 16**MODE DE COMMUNICATION ET LANGUES****Mode de communication**

Nous communiquons avec nos assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@ethias.be ;
- par téléphone en français au 04 220 37 30 et en néerlandais au 011 28 27 91 ;
- au sein de nos bureaux régionaux : pour obtenir les coordonnées du bureau le plus proche, consultez notre site www.ethias.be/bureaux (FR) ou www.ethias.be/kantoren (NL).

Langues de communication

Toute communication avec nos assurés se tient en français ou en néerlandais, selon le choix de l'assuré.

Tous nos documents (devis, propositions d'assurance, conditions générales, conditions particulières, etc...) sont disponibles en français et en néerlandais.

ARTICLE 17

**RÉMUNÉRATION PERÇUE PAR LES COLLABORATEURS D'ETHIAS CONCERNÉS
PAR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE**

Les collaborateurs d'Ethias concernés par la distribution d'assurance perçoivent une rémunération fixe et une rémunération variable.

La composante fixe de la rémunération constitue la majeure partie de la rémunération totale des collaborateurs. La composante variable de la rémunération, quant à elle, n'est pas garantie.

Pour chaque collaborateur, la rémunération variable est déterminée sur base de la réalisation d'objectifs tant collectifs (d'une partie de l'entreprise et/ou de l'entreprise) qu'individuels, lesquels ne peuvent en aucun cas être générateurs de situation de conflits d'intérêts résultant d'incitations pouvant encourager le collaborateur à favoriser ses propres intérêts ou les intérêts d'Ethias au détriment des intérêts du client. Dès lors, les objectifs de performance à réaliser s'appuient non seulement sur des critères quantitatifs mais aussi sur des critères qualitatifs, tels que le degré de satisfaction du client ou le respect de procédures internes.

TITRE V EXTRAITS DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

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

ARTICLE 12

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

- 1° au conjoint non divorcé ni séparé de corps au moment de l'accident (, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'accident) ;
- 2° au conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment du décès de la victime (, ou à la personne qui cohabitait légalement avec la victime au moment du décès de celle-ci), à condition que :
 - a) (le mariage ou la cohabitation légale contractés) après l'accident, l'ait été au moins un an avant le décès de la victime ou,
 - b) un enfant soit issu du mariage (de la cohabitation légale) ou,
 - c) au moment du décès, un enfant soit à charge pour lequel un des conjoints (ou des cohabitants légaux) bénéficiait des allocations familiales.

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

ARTICLE 13

- § 1. Les enfants de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération.
- § 2. Les enfants du conjoint (ou du cohabitant légal) de la victime, orphelins de père ou de mère, reçoivent chacun une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération, (s'ils sont nés ou conçus) au moment du décès de la victime.
- § 3. Les enfants visés au § 1 et au § 2, orphelins de père et de mère reçoivent chacun une rente égale à 20 % de la rémunération de base sans que l'ensemble ne puisse dépasser 60 % de ladite rémunération.
- § 4. Les enfants dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un seul de leurs parents sont assimilés à des orphelins pour l'application du présent article.

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

ARTICLE 14

- § 1. Les enfants adoptés par une seule personne 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 :
- 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 ;
 - 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 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 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 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 ayants droit visés à l'alinéa précédent est égale à 15 % de la rémunération de base.
- Les adoptants ont les mêmes droits que les parents de la victime.
- § 2. En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, chaque ascendant du prédécédé reçoit une rente égale à :
- 15 % de la rémunération de base s'il n'y a ni conjoint (, ni cohabitant légal,) ni enfants bénéficiaires ;
 - 10 % de la rémunération de base s'il y a un conjoint (ou un cohabitant légal,) sans enfants bénéficiaires.

ARTICLE 16

Les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent, si leur père ou leur mère est décédé, 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 du chef des prestations de la victime ou du conjoint (ou du cohabitant légal), même si leurs père et mère sont encore en vie. Si la victime ne laisse pas d'enfants bénéficiaires chacun d'eux recoit une rente égale à 15 % de la rémunération de base, sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 % de ladite rémunération. Si la victime laisse des enfants ou petits-enfants bénéficiaires, les enfants assimilés aux petits-enfants sont réputés former une souche. La rente accordée à cette souche est fixée à 15 % et est partagée par tête.

ARTICLE 17

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

ARTICLE 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 trois. S'il ne subsiste plus que deux ayants 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.

ARTICLE 19

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

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

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

ARTICLE 20

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

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

ARTICLE 20 BIS

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

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

ARTICLE 21

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

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 proméritée par la victime.

ARTICLE 23

Si l'incapacité temporaire de travail est ou devient partielle, l'assureur 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 équivalente 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.

ARTICLE 23 BIS

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

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

ARTICLE 24

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

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

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

Si son état exige absolument l'assistance régulière d'une autre personne, la victime peut prétendre à une allocation annuelle complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette assistance sur la base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et demi et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe.

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

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

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge de l'(entreprise d'assurances), dans un (établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987), l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, visée à l'alinéa précédent, n'est plus due à partir du 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 24 BIS

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 (7), que jusqu'à l'expiration du délai visé à l'article 72.

En cas d'hospitalisation de la victime, à charge du Fonds, dans un (établissement hospitalier comme défini à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987) après l'expiration du délai visé à l'article 72, l'indexation ou l'allocation n'est pas due à partir du 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.

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

ARTICLE 24 TER

Pour l'application des articles 24, alinéa 6, et 24 bis, 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 temporaires se produisent après le délai fixé à l'article 72, les indemnités ne sont dues qu'en cas d'incapacité permanente de travail d'au moins 10 %.

ARTICLE 25 BIS

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 25 TER

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 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 aux articles 22, 23 et 23 bis.

ARTICLE 27

Pour les jours au cours desquels la victime interrompt son travail à la demande de l'assureur ou d'une juridiction du travail en vue d'un examen résultant de l'accident, l'assureur 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 1er est également d'application au Fonds des accidents du travail.

ARTICLE 27 BIS

Les rentes visées aux articles 12 à 17 et les allocations annuelles et rentes pour une incapacité de travail d'au moins 10 p.c. 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 p.c. à moins de 16 p.c. 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 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 1er et 2, l'allocation annuelle et la rente visées à l'article 24, alinéa 4, suivent les indexations et les adaptations du revenu minimum mensuel moyen garanti qui découlent de la convention collective de travail visée à l'article précité.

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

ARTICLE 27 TER

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

ARTICLE 27 QUATER

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 28 BIS

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'assureur 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'assureur 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 médecin, du pharmacien ou du service médical, pharmaceutique et hospitalier, sauf lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1) l'employeur ou l'assureur a institué à sa charge et dans les conditions déterminées par le Roi, un service médical, pharmaceutique et hospitalier ;
- 2) le service a été agréé. L'agrément est accordée et retirée par le Roi dans les conditions qu'il détermine ;
- 3) l'employeur ou l'assureur a désigné au moins trois médecins à qui la victime peut s'adresser ;
- 4) lorsque le service est institué par un assureur, il faut que celui-ci en ait dûment informé l'employeur ;
- 5) l'institution du service et les noms des médecins sont mentionnés au règlement de travail, ou, en ce qui concerne les marins, au rôle d'équipage ;
- 6) le Comité de sécurité a été consulté dans les conditions fixées par le Roi dans le règlement général pour la protection du travail.

Lorsqu'en raison de l'urgence, la victime a dû être admise dans un service autre que celui institué, en vertu du premier alinéa, par l'employeur ou par l'assureur, ceux-ci ne peuvent exiger le transfert de la victime à leur service. Dans ce cas, les frais pour soins médicaux, pharmaceutiques ou hospitaliers sont à charge de l'assureur.

ARTICLE 30

L'employeur ou l'assureur désigne trois médecins au moins en dehors du service médical, pharmaceutique ou hospitalier visé à l'article 29, à qui la victime peut s'adresser en vue d'assurer la continuation et la surveillance du traitement médical prescrit et appliqué originairement par ce service et d'assurer le contrôle de son incapacité de travail. Cette désignation peut être faite à titre temporaire ou occasionnel chaque fois que la victime réside hors de la région où le service médical, pharmaceutique et hospitalier ou le médecin agréé à titre permanent est installé.

Le Comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ou, à défaut, la délégation syndicale, peut désigner les trois médecins visés à l'alinéa premier lorsque :

- 1) l'employeur ou l'assureur négligent de désigner trois médecins ;
- 2) l'employeur ou l'assureur désignent des médecins qui sont établis hors de la région où la victime réside en vue de son rétablissement complet.

Le Roi détermine les limites de la région à prendre en considération pour l'application de la présente disposition.

ARTICLE 31

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

ARTICLE 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.

ARTICLE 45

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

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

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

ARTICLE 45 BIS

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

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

ARTICLE 45 TER

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

Dans ce cas, l'article 45, alinéa 1er, n'est pas d'application.

ARTICLE 45 QUATER

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

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

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

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

Dans ces cas, l'article 45, alinéa 1er, 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 période successives d'un an. (La présente disposition n'est pas applicable aux contrats d'assurance d'une durée inférieure à un an.

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

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

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

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

Toutefois, l'employeur conserve la possibilité d'assurer auprès d'(entreprises d'assurances) distincts 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) agréé avec lequel il n'a aucun lien juridique ou commercial.

ARTICLE 49 BIS

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

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

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

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

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

Le Roi détermine, sur la proposition des ministres qui ont les accidents du travail et les contrats d'assurance parmi leurs compétences et par arrêté délibéré en Conseil des ministres :

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

ARTICLE 49 TER

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

Par dérogation aux articles 85 alinéa 1er et 86 § 1 de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances, à partir de la notification par le Fonds, visée à l'article 49bis, alinéa 2, et jusqu'à la fin de la période de reconduction de plein droit, ce contrat ne peut pas faire l'objet d'une opposition à la reconduction tacite ni être résilié en raison de la survenance d'un sinistre.

Au moins trois mois avant la fin de la troisième année de la reconduction de plein droit, même si une nouvelle notification de risque aggravé a été faite pendant cette période, l'entreprise d'assurances peut résilier le contrat ou proposer une révision du taux de prime selon les modalités prévues aux articles 84 et 85 de la loi du 04 avril 2014 relative aux assurances.

L'entreprise d'assurances informe l'employeur de toutes les conséquences que l'application du présent article a sur ses obligations contractuelles.

ARTICLE 49 QUATER

L'entreprise d'assurances applique son tarif, qu'elle fixe librement, à chaque employeur assuré en distinguant le risque ouvrier et employé et, pour le risque ouvrier, en fonction de la statistique sinistres et de la taille d'entreprise. Le taux de prime excède jusqu'à 30 % le tarif pour les risques qui présentent une statistique sinistres élevée. En cas d'un risque qui présente une statistique sinistres diminuée, le taux de prime est inférieur jusqu'à 15 % du tarif. Cette diminution peut s'accroître en fonction de la taille de l'entreprise assurée. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités d'application de cet alinéa et entre autres la taille de l'entreprise exprimée en nombre d'ouvriers, à laquelle ces dispositions s'appliquent.

Le Comité de Gestion du Fonds des Accidents du travail évalue annuellement les effets préventifs de l'application de ces dispositions. Le Roi fixe les modalités d'application de cet alinéa.

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 manoeuvres 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.

Les créances du Fonds des accidents du travail à charge des débiteurs visés à l'article 59, 4°, se prescrivent par (trois ans).

ARTICLE 72

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

La victime ou ses ayants droit peuvent 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.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Ethias

rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE

Tél. 04 220 31 11

Fax 04 249 63 10

www.ethias.be

info@ethias.be