

Assurance Collective Droit Commun

Conditions générales



vivre Confiant

SOMMAIRE

ASSISTANCE

PERSONNES ASSUREES	4
ENGAGEMENTS DE LA COMPAGNIE	4
ENGAGEMENTS DE LA PERSONNE ASSUREE	4
1. PREMIERE ASSISTANCE TELEPHONIQUE 24H/24	4
2. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE	4
3. MOBILITE	5
4. AIDE MENAGERE	5
5. MISSIONS A L'ETRANGER	5
6. RETOUR ANTICIPE DES PROCHES DE LA VICTIME, LORSQU'ILS SONT EN SEJOUR A L'ETRANGER	5

DEFINITIONS

Article 1 - DEFINITION DES TERMES UTILISES DANS LE CONTRAT	6
--	---

OBJET ET ETENDUE DE LA GARANTIE

Article 2 - GARANTIE DE BASE	7
Article 3 - EXTENSION FACULTATIVE	8
Article 4 - GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT SPORTIF	9
Article 5 - ETENDUE DES GARANTIES	9
Article 6 - ETENDUE TERRITORIALE	11
Article 7 - PERTE DE LA QUALITE D'ASSURE	12
Article 8 - ETAT ANTERIEUR OU INTERCURRENT	12
Article 9 - EXCLUSIONS	12

RISQUE ASSURE

Article 10 - DECLARATION DU RISQUE	13
Article 11 - DIMINUTION DU RISQUE	14
Article 12 - AGGRAVATION DU RISQUE	14

DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

Article 13 - PRISE D'EFFET	15
Article 14 - DUREE	15
Article 15 - CHANGEMENT DE PRENEUR D'ASSURANCE	15
Article 16 - RESILIATION	15

PRIME

Article 17 - PAIEMENT	16
Article 18 - MODALITES DE CALCUL	17
Article 19 - DEFAUT DE PAIEMENT	18
Article 20 - CONTROLE	18
Article 21 - MODIFICATION TARIFAIRE OU DES CONDITIONS D'ASSURANCE	18

SINISTRE

Article 22 - DECLARATION	19
Article 23 - SUBROGATION	20
Article 24 - EXPERTISE MEDICALE	20

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 - PLURALITE DE PRENEURS D'ASSURANCE	20
Article 26 - ELECTION DE DOMICILE	20
Article 27 - LOI APPLICABLE	21

ASSISTANCE

PERSONNES ASSUREES

Sauf mention particulière, les personnes qui peuvent faire appel aux services de l'assistance sont les assurés couverts en vertu du présent contrat.

ENGAGEMENTS DE LA COMPAGNIE

Dans la limite de ce qui est décrit ci-après, la compagnie organise l'assistance dans le cas où une personne assurée est victime d'un accident professionnel couvert par le présent contrat.

Sauf mention contraire, la compagnie ne prend pas en charge les factures des prestataires d'assistance.

ENGAGEMENTS DE LA PERSONNE ASSUREE

Pour bénéficier des prestations de la garantie assistance, la personne assurée :

- doit contacter la compagnie avant toute intervention au **call-center n° 078/155 203**
- ne peut engager d'éventuels frais d'assistance qu'avec l'accord préalable de la compagnie.

Cet accord est donné sous réserve de la prise en charge du sinistre dans le cadre du présent contrat et ne préjuge donc en rien de cette couverture.

La compagnie se réserve le droit de demander à la personne assurée :

- de fournir les justificatifs originaux des dépenses engagées,
- d'apporter la preuve des faits qui donnent droit aux prestations garanties.

La personne assurée restituera d'office les titres de transport que la compagnie lui a procuré et qui n'ont pas été utilisés.

A défaut, la compagnie pourra lui réclamer le remboursement des sommes qu'elle a supportées, à concurrence du préjudice subi du fait de ce manquement.

1. PREMIERE ASSISTANCE TELEPHONIQUE 24H/24

Le preneur d'assurance bénéficie d'un accès direct à l'assistance téléphonique mise à sa disposition 24h/24.

La compagnie apporte son aide pour l'assister lors d'un accident professionnel couvert dans le cadre du présent contrat.

2. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

A la suite d'un accident professionnel couvert par le présent contrat, la compagnie organise et prend en charge en Belgique et dans un rayon de 30 km au-delà des frontières une seule séance d'assistance psychologique :

- individuelle pour la personne assurée,
- de groupe pour le conjoint ou le partenaire cohabitant de la victime et leurs enfants, ou à défaut le père et la mère,
- si nécessaire, de groupe pour les collègues traumatisés par l'accident.

3. MOBILITE

Dans le cas où une personne assurée, victime d'un accident professionnel couvert par le présent contrat, est incapable de se déplacer au moyen de son véhicule ou des transports en commun, la compagnie recherche et organise en Belgique et dans un rayon de 30 km au-delà des frontières un moyen de transport adapté de sa résidence vers le lieu de travail et réciproquement, pour autant que sa situation médicale résultant de cet accident le justifie.

La compagnie intervient en Belgique et dans un rayon de 30 km au-delà des frontières dans ces frais de transport à concurrence d'un montant de 25 EUR par jour.

4. AIDE MENAGERE

Dans le cas où une personne assurée :

- est victime d'un accident professionnel couvert par le présent contrat,
 - et lorsque à la fois son état médical et sa situation familiale (personne isolée ou contribuant seule aux tâches ménagères) le justifient :
- la compagnie organise un service de nettoyage de la résidence, qu'elle prend en charge une fois par semaine à concurrence de 50 EUR par nettoyage;
 - la compagnie peut également rechercher des fournisseurs pouvant livrer à la résidence de cet assuré, des marchandises de première nécessité (1 fois par semaine) ainsi que de repas chauds (1 fois par jour).

Ces services sont pris en charge en Belgique et dans un rayon de 30 km au-delà des frontières et ce, durant 6 semaines maximum.

5. MISSIONS A L'ETRANGER

Lorsqu'une personne assurée est victime d'un accident professionnel couvert par le présent contrat au cours d'une mission professionnelle temporaire à l'étranger, elle pourra obtenir auprès du call-center de la compagnie des informations pratiques (hôpitaux, médecins, pharmacie, ...).

Selon la gravité du cas, et en accord avec le médecin traitant et/ou le médecin de famille, la compagnie organise le rapatriement de la victime selon des moyens adaptés à sa situation médicale (par avion sanitaire, avion de lignes régulières, train en première classe ou ambulance) jusque dans un service hospitalier en Belgique proche de sa résidence, ou jusqu'à sa résidence, selon le cas.

Lorsque la victime est hospitalisée à l'étranger, la compagnie prend en charge les frais de transport d'un proche vers le lieu d'hospitalisation et retour.

La compagnie prend également en charge les formalités administratives à accomplir en cas de décès de la personne assurée.

6. RETOUR ANTICIPE DES PROCHES DE LA VICTIME, LORSQU'ILS SONT EN SEJOUR A L'ETRANGER

Dans le cas où une personne assurée est hospitalisée plus d'une nuit en Belgique suite à un accident professionnel couvert par le présent contrat et si la présence d'un membre de la famille à son chevet est indispensable, la compagnie organise et prend en charge le rapatriement par chemin de fer, en première classe, ou en avion de ligne régulière, classe économique :

- de son conjoint ou partenaire cohabitant,
- et/ou ses enfants, ou à défaut ses père et mère, résidant en Belgique mais en séjour à l'étranger.

Dans ces circonstances, la compagnie fournit :

- un titre de transport simple par personne à rapatrier;
- le cas échéant, un titre de transport simple pour récupérer le véhicule resté sur place.

DEFINITIONS

Article 1 - DEFINITION DES TERMES UTILISES DANS LE CONTRAT

Les termes définis sont classés par ordre alphabétique.

Accident

Événement soudain qui provoque une lésion corporelle et dont la cause, ou une des causes, est extérieure à l'organisme de la victime. Ce concept sera interprété conformément à la jurisprudence relative à la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Accident de la vie privée

Accident ne se produisant pas dans le cours et par le fait de l'activité professionnelle exercée au profit du preneur d'assurance.

Sont couvertes les activités professionnelles, salariées ou indépendantes, exercées au profit de personnes autres que le preneur d'assurance, sauf les travaux sur toiture et les travaux effectués à une hauteur de plus de 5 mètres. Dans le cadre de ces activités, s'il y a application de la loi sur les accidents du travail, secteur privé ou public, les indemnités garanties ne seront dues que sur l'éventuelle partie de la rémunération, telle que déterminée pour les prestations de la vie privée, dépassant celle qui est prise en considération pour l'indemnisation conforme à la loi sur les accidents du travail, secteur privé ou public, appliquée.

Accident de la vie professionnelle

Accident survenant à l'assuré au cours et par le fait de l'activité professionnelle qu'il exerce au profit du preneur d'assurance dans le cadre de l'entreprise désignée.

L'accident qui se produit dans le cours de l'activité professionnelle est présumé, jusqu'à preuve du contraire, survenu par le fait de cette activité.

Le chemin du travail, au sens de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail, relatif à cette activité professionnelle, est assimilé à l'activité professionnelle.

Assuré

La ou les personne(s) sur la tête de laquelle (desquelles) repose le risque de survenance de l'accident.

Ces personnes sont :

- désignées nominativement aux conditions particulières, et/ou
- non désignées nominativement aux conditions particulières mais constituent soit un groupe déterminé identifiable de personnes, soit tout ou partie déterminée du personnel salarié du preneur d'assurance.

Bénéficiaire

La personne en faveur de laquelle sont stipulées des prestations d'assurance.

Date de consolidation

Date à laquelle l'état de l'assuré est considéré comme définitif. Elle ne pourra en aucun cas être postérieure à l'expiration d'un délai de 3 ans à compter du jour de l'accident.

Preneur d'assurance

La personne qui conclut le contrat d'assurance avec la compagnie.

Rémunération réelle

La rémunération brute de l'assuré, sans aucune retenue, y compris tous les avantages, allouée pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident.

OBJET ET ETENDUE DE LA GARANTIE

Article 2 - GARANTIE DE BASE

La compagnie garantit le paiement des indemnités précisées au présent contrat en cas d'accident couvert frappant l'assuré dans sa vie professionnelle et/ou dans sa vie privée selon ce qui est prévu aux conditions particulières.

Selon ce qui est prévu aux conditions particulières, les indemnités sont calculées soit en fonction d'une rémunération annuelle conventionnelle, soit en fonction de la rémunération réelle.

Les indemnités sont dues :

- a. pour les accidents du travail ou sur le chemin du travail : sur la partie de la rémunération allouée dépassant celle prise en considération pour l'indemnité légale ;
- b. pour les autres accidents : sur l'intégralité de la rémunération.

Lorsque les indemnités sont calculées en fonction de la rémunération réelle, cette dernière est celle allouée pendant les 12 mois qui ont précédé l'accident.

Si, au moment de l'accident, l'assuré est en service depuis moins de 12 mois ou est en inactivité temporaire depuis moins de 12 mois par suite d'accident, de maladie ou d'accouchement, la rémunération est majorée du prorata correspondant pour parfaire les 12 mois.

Si, au moment de l'accident, l'assuré est absent par suite d'accident, de maladie ou d'accouchement, depuis plus de 12 mois consécutifs, la garantie n'est pas acquise, sauf si le preneur d'assurance a déclaré la rémunération relative à cet assuré conformément à l'article 18.2.3. Dans ce dernier cas, les indemnités sont calculées en fonction de la rémunération déclarée.

Article 3 - EXTENSION FACULTATIVE

Moyennant convention expresse, la compagnie garantit les cas suivants.

- 3.1. En cas d'accident du travail ou sur le chemin du travail survenu à un assuré, la compagnie paie à son partenaire cohabitant les mêmes indemnités que celles revenant à un conjoint dans les conditions de l'article 12 de la loi du 10 avril 1971.

Toutefois si ce partenaire cohabitant est également bénéficiaire de la garantie légale à un autre titre (ex : frère, sœurs, parents,...), l'intervention de la compagnie se limite au paiement de la différence entre cette indemnisation et celle revenant à un conjoint.

En cas d'accident de la vie privée survenu à un assuré, son partenaire cohabitant est assimilé au conjoint.

Les indemnités sont calculées et liquidées sous forme de capital non indexé.

Par partenaire cohabitant, on entend :

- le cohabitant légal au sens de l'article 1475 du Code civil
- à défaut de conjoint ou de cohabitant légal, le partenaire cohabitant, de même sexe ou non, vivant et formant un ménage avec le bénéficiaire de la garantie légale. Un certificat de domiciliation émis par l'administration communale doit être produit.

- 3.2. 1. La compagnie indemnise au titre d'accident de la vie privée l'assuré sous contrat d'occupation de travailleur à domicile ou amené par la nature de sa fonction à travailler à son domicile et/ou à sa résidence en cas d'accident survenu à son domicile ou sur ce lieu de résidence dans le cas suivant.

L'accident a été déclaré comme "accident du travail" à l'employeur, et la loi du 10 avril 1971 reconnue non applicable au seul motif que la victime n'a pu établir que les faits se sont produits au cours de l'exécution du contrat de travail.

Ne sont toutefois pas couverts les accidents survenus lors d'activités ludiques, culturelles, congés, travaux de bricolage, de jardinage et d'entretien de l'habitation au sens large, ainsi que, par dérogation à l'article 4, tout accident sportif.

La notion de domicile ou de résidence s'entend au sens de l'article 8 de la loi du 10 avril 1971.

- 3.2. 2. La compagnie indemnise au titre d'accident de la vie privée l'assuré victime d'un accident survenu sur le chemin de ou durant une manifestation sportive, sociale ou culturelle organisée par l'employeur, déclaré et non reconnu comme "accident du travail ou sur le chemin du travail".

- 3.2. 3. La compagnie indemnise au titre d'accident de la vie privée l'assuré victime d'un accident survenu lors d'une mission professionnelle temporaire à l'étranger, déclaré et non reconnu comme "accident du travail".

- 3.2. 4. Les indemnités relatives aux points 2.1. à 2.3. ci-dessus sont calculées et liquidées conformément aux dispositions de l'article 5, sur la base des montants précisés en conditions particulières.

Article 4 - GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT SPORTIF

- 4.1. Sont couverts les accidents survenus lors de la pratique en amateur de tous les sports, sauf les accidents résultant des activités suivantes :
- a. sports motorisés en compétition ou entraînement;
 - b. sports aéronautiques ou aériens (tels que parachutisme, vol à voile, ULM, montgolfière, delta-plane, parapente, benji, ...);
 - c. sports de combat et de défense, à l'exception du judo.
- 4.2. Les sports, quels qu'ils soient, pratiqués à titre professionnel, ne sont pas couverts.

Article 5 - ETENDUE DES GARANTIES

5.1. Décès

1. Le capital décès est versé lorsque le décès résultant d'un accident couvert se produit au plus tard 3 ans après le jour de cet accident.
2. Le capital est versé au conjoint de l'assuré non divorcé, ni séparé de corps, à défaut à ses enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux (à l'exclusion de tout État et créanciers ordinaires ou privilégiés), pour autant qu'il n'y ait pas de bénéficiaire désigné aux conditions particulières.
3. Faute de bénéficiaire, la compagnie limite son intervention au remboursement des frais funéraires, à concurrence du capital décès, à la personne qui les a exposés.
4. Le bénéficiaire qui a causé volontairement l'accident est déchu de tout droit.
5. Le capital décès ne se cumule pas avec le capital ou la provision sur capital pour "invalidité permanente".

5.2. Invalidité permanente

1. En cas d'invalidité permanente totale résultant d'un accident couvert, la compagnie paie le capital prévu aux conditions particulières.
En cas d'invalidité permanente partielle résultant d'un accident couvert, la compagnie paie le pourcentage du capital correspondant au degré d'invalidité.
2. Le taux d'invalidité est fixé en application du barème officiel belge des invalidités (B.O.B.I.) en vigueur à la date de consolidation.
Aucune indemnité n'est due pour l'aide d'une tierce personne.
3. L'invalidité permanente est considérée comme totale dès que le degré d'invalidité atteint 67%.
4. Si plusieurs invalidités permanentes partielles résultent d'un même accident, l'indemnité due par la compagnie ne peut jamais dépasser le capital prévu en cas d'invalidité permanente totale.

5. Le taux d'invalidité permanente est fixé à la date de consolidation.
Si un an après l'accident, l'état de la victime ne permet pas la consolidation, la compagnie paie sur demande, une provision qui ne dépasse pas la moitié du montant correspondant au degré d'invalidité présumé. Cette provision ne peut être demandée que lorsque le degré d'invalidité présumé atteint au moins 20%. S'il s'avère, à la date de consolidation, que le montant de la provision est supérieur à l'indemnité finalement due, l'excédent reste acquis hormis le cas de fraude.
6. Le paiement du capital se fait à la victime.
7. Du fait du paiement du capital, la compagnie renonce à toute demande de révision en cas d'amélioration de l'état de santé de la victime et les bénéficiaires renoncent à toute demande de révision en cas de décès ou d'aggravation de l'état de santé de la victime.

5.3. Incapacité temporaire

1. En cas d'incapacité temporaire résultant d'un accident couvert, la compagnie paie l'indemnité journalière prévue aux conditions particulières, à partir du premier jour qui suit l'expiration du délai de carence et jusqu'à la date de consolidation, mais au plus tard jusqu'à la date correspondant à l'expiration de la durée d'indemnisation prévue aux conditions particulières.

On entend par délai de carence la période débutant au jour de l'accident et durant laquelle aucune indemnité journalière n'est due. Ce délai de carence est prévu aux conditions particulières.
2. L'indemnité journalière est payée intégralement tant que la victime est dans l'incapacité totale d'exercer ses activités au service du preneur d'assurance.
Lorsque la victime peut exercer une partie de ses activités au service du preneur d'assurance, l'indemnité est réduite proportionnellement.
3. Si la victime peut bénéficier pour l'accident d'indemnités journalières en vertu de la législation belge sur l'assurance Maladie et Invalidité, la compagnie paie l'indemnité contractuelle sous déduction de celles-ci.
4. Le paiement de l'indemnité journalière se fait à la victime ou au preneur d'assurance si celui-ci a fait l'avance de la rémunération.

5.4. Frais de traitement et d'hospitalisation

1. Ces frais sont garantis à partir du jour de l'accident couvert jusqu'à la date de consolidation, à concurrence du montant prévu aux conditions particulières. L'intervention de la compagnie dans l'indemnisation des frais d'hospitalisation et des honoraires des spécialistes est limitée au montant pris en considération dans le cadre de la loi sur les accidents du travail.
2. Sont assimilés aux frais de traitement :
 - les frais de prothèses, d'orthopédie et de réhabilitation post-traumatique,
 - les frais de chirurgie esthétique destinée à remédier aux conséquences d'un accident garanti,
 - les frais de recherche et de sauvetage d'un assuré à la suite d'un accident garanti,
 - les frais de transport exposés le jour de l'accident ainsi que ceux nécessités par le traitement,
 - en cas d'accident survenu à l'étranger, les frais supplémentaires d'hôtel et de rapatriement de la victime justifiés pour des raisons médicales, ainsi que les frais de rapatriement de la dépouille mortelle.

3. L'intervention de la compagnie se fait après celle des organismes de sécurité sociale, des organismes couvrant les conséquences des accidents du travail ou survenus sur le chemin du travail ou qui effectuent le remboursement de ces frais de traitement et d'hospitalisation.
4. Le montant garanti est doublé pour les accidents survenant hors d'Europe.
5. Les frais sont remboursés à la personne qui les a supportés.

5.5. Responsabilité civile patronale

1. Si la personne assurée, victime d'un accident couvert survenu au cours du travail, ou ses ayants droit agissent contre le preneur d'assurance comme responsable ou civilement responsable en tant qu'employeur, la compagnie garantit le preneur d'assurance contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile extracontractuelle qu'il pourrait encourir en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil ou de dispositions légales étrangères analogues lorsque la législation belge sur la réparation forfaitaire des accidents du travail n'est pas applicable.
2. Cette garantie est acquise jusqu'à 500.000 EUR par sinistre, quel que soit le nombre de victimes. Ne sont jamais à charge de la compagnie, les amendes judiciaires ou transactionnelles ainsi que les frais de poursuite répressive.
3. La présente garantie ne peut être cumulée avec les indemnités prévues dans le contrat.
4. En cas de sinistre, le preneur d'assurance doit :
 - transmettre à la compagnie tout acte judiciaire ou extrajudiciaire dès sa notification, sa signification ou sa remise, sous peine, en cas de négligence, de tous dommages et intérêts à la compagnie en réparation du préjudice qu'elle a subi;
 - comparaître et se soumettre aux mesures d'instruction ordonnées par le tribunal, sous peine, en cas de négligence, de devoir réparer le préjudice subi par la compagnie.
5. L'indemnisation ou la promesse d'indemnisation de la victime ou de ses ayants droit faite par le preneur d'assurance sans l'accord de la compagnie n'est pas opposable à cette dernière. L'aveu de la matérialité d'un fait ou la prise en charge par le preneur d'assurance des premiers secours pécuniaires et des soins médicaux immédiats ne peuvent toutefois constituer une cause de refus de garantie par la compagnie.
6. Direction du litige et poursuites pénales

A partir du moment où la garantie de la compagnie est due, et pour autant qu'il y soit fait appel, celle-ci a l'obligation de prendre fait et cause pour le preneur d'assurance dans les limites de la garantie.

En ce qui concerne les intérêts civils, et dans la mesure où les intérêts de la compagnie et du preneur d'assurance coïncident, la compagnie a le droit de combattre, à la place du preneur d'assurance, la réclamation de la victime ou de ses ayants droit. Elle peut indemniser ces derniers s'il y a lieu.

Ces interventions de la compagnie n'impliquent aucune reconnaissance de responsabilité dans le chef du preneur d'assurance et ne peuvent lui causer préjudice.

Article 6 - ETENDUE TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le monde entier.

Article 7 - PERTE DE LA QUALITE D'ASSURE

7.1. Lorsque la personne n'exerce plus d'activité professionnelle au profit du preneur d'assurance.

7.2. A l'échéance annuelle qui suit le 70ème anniversaire de l'assuré.

Cependant, l'assurance peut être poursuivie jusqu'à l'expiration de l'année au cours de laquelle l'âge de 75 ans est atteint, moyennant production préalable d'un certificat médical annuel de santé jugé satisfaisant par la compagnie.

Article 8 - ETAT ANTERIEUR OU INTERCURRENT

8.1. Lorsque les suites de l'accident sont aggravées par un état constitutionnel, une maladie ou une infirmité, qu'ils soient antérieurs ou intercurrents, ne résultant pas directement de l'accident, l'indemnité correspondra uniquement aux conséquences que l'accident aurait eues sur un organisme sain.

8.2. Si, en l'absence d'un état constitutionnel, d'une maladie ou d'une infirmité, qu'ils soient antérieurs ou intercurrents, l'accident n'eût entraîné aucune conséquence sur un organisme sain, il n'y a pas intervention de la compagnie.

Article 9 - EXCLUSIONS

9.1. Sont exclus les accidents résultant :

1. de l'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 gr/l de sang, de l'usage de stupéfiants ou produits analogues;
2. de la participation à des paris, défis ou à des actes notoirement téméraires;
3. du fait intentionnel du preneur d'assurance, de la victime ou des ayants droit;
4. d'un tremblement de terre ou d'un autre cataclysme naturel survenu en Belgique;
5. d'actes de terrorisme, de sabotage, d'attentats ou agressions, sauf s'il est prouvé que la victime n'y a pris aucune part active, légitime défense exceptée;
6. de la guerre ou de faits de même nature et de la guerre civile.
Toutefois, les accidents résultant de la guerre ou de faits de même nature et de la guerre civile sont couverts lorsque la victime est surprise à l'étranger par le déclenchement des hostilités et y est victime d'un accident dans un délai de 14 jours à dater du début des hostilités. Ce délai peut être prolongé jusqu'au moment où la victime bénéficie des moyens nécessaires pour quitter le territoire. En aucun cas, la garantie n'est acquise si la victime a pris une part active à ces hostilités;
7. d'une maladie grave telle que cécité, surdité, paralysie, épilepsie, attaque apoplectique, délire alcoolique, troubles mentaux ou dépression nerveuse;
8. de la modification du noyau atomique, de la radioactivité, de la production de radiations ionisantes de toute nature, de la manifestation de propriétés nocives de combustibles – ou substances – nucléaires ou de produits – ou déchets – radioactifs.

- 9.2. Sont exclues les lésions et leurs suites provenant d'opérations ou de traitements pratiqués par l'assuré sur sa propre personne sauf s'il s'agit d'atténuer les conséquences d'un accident couvert en raison de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'assuré de recevoir les soins nécessaires en temps utile.
- 9.3. Le suicide ou la tentative de suicide n'étant pas un accident sont également exclus.
- 9.4. En cas de rappel sous les armes, la garantie est maintenue pour les accidents autres que ceux résultant de l'exécution des prestations militaires proprement dites.

RISQUE ASSURE

Article 10 - DECLARATION DU RISQUE

Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour la compagnie des éléments d'appréciation du risque.

- 10.1. Lorsque la compagnie constate une omission ou une inexactitude non intentionnelle dans la déclaration, elle propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, la modification du contrat avec effet au jour où elle a eu connaissance de cette omission ou inexactitude.

Si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

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.

Si la compagnie n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, elle ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

- 10.2. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, et si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie doit fournir la prestation convenue.

- 10.3. Si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, et si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance, la compagnie n'est tenue de fournir sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.

Toutefois, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

- 10.4. Lorsque la compagnie constate une omission ou une inexactitude intentionnelle dans la déclaration qui l'induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

Article 11 - DIMINUTION DU RISQUE

Lorsque au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'événement assuré a diminué d'une façon sensible et durable 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 la compagnie et le preneur d'assurance 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.

Article 12 - AGGRAVATION DU RISQUE

12.1. Le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer en cours de contrat, dans les conditions de l'article 10, 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'événement assuré.

Lorsque, au cours de l'exécution du contrat d'assurance, le risque de survenance de l'événement assuré 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 compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, elle peut résilier le contrat dans le même délai.

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.

Si la compagnie n'a pas résilié le contrat, ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus, elle ne peut plus se prévaloir à l'avenir de l'aggravation du risque.

12.2. Si un sinistre 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'article 12.1., la compagnie effectue la prestation convenue.

12.3. Si un sinistre survient et si le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation visée à l'article 12.1. la compagnie :

- effectue la prestation convenue lorsque le défaut de déclaration ne peut être reproché au preneur d'assurance;
- effectue sa prestation selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si l'aggravation avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance.

Toutefois, si la compagnie apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque aggravé, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

12.4. Si le preneur d'assurance a agi dans une intention frauduleuse, la compagnie peut refuser sa garantie.

Les primes échues jusqu'au moment où la compagnie a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts.

DUREE ET RESILIATION DU CONTRAT

Article 13 - PRISE D'EFFET

La garantie prend effet aux date et heure fixées en conditions particulières, à défaut à 0 heure et après paiement de la première prime.

Article 14 - DUREE

Le contrat a une durée d'un an.

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

Le contrat s'achève de plein droit à la date de la cessation définitive des activités du risque assuré.

Article 15 - CHANGEMENT DE PRENEUR D'ASSURANCE

En cas de maintien d'activité mais de changement de personne physique ou morale, sous quelque forme juridique que ce soit, 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 actuel jusqu'à l'expiration d'un délai de 45 jours qui commence à courir le jour où la lettre recommandée de résiliation adressée par la compagnie au preneur d'assurance est remise à la poste. La compagnie garde alors le droit aux primes échues correspondant aux périodes couvertes.

Article 16 - RESILIATION

16.1. Toute notification de résiliation du contrat se fait par lettre recommandée à la poste, soit par exploit d'huissier, soit par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Sauf lorsqu'il en est disposé autrement dans le contrat, la résiliation n'a effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste, de la signification ou de la date du récépissé.

En cas de résiliation après sinistre, ce délai est porté à trois mois à compter de sa notification, sauf si le preneur d'assurance, l'assuré ou le bénéficiaire a manqué à une de ses obligations nées de la survenance du sinistre dans l'intention de tromper la compagnie.

Lorsque le contrat est résilié, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date de prise d'effet de la résiliation sont remboursées dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation.

En cas de résiliation partielle ou de toute autre diminution des prestations d'assurance, cette disposition ne s'applique qu'à la partie des primes correspondant à cette diminution et dans la mesure de celle-ci.

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

1. après la survenance d'un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement de l'indemnité ou le refus de paiement de l'indemnité,
2. en cas de modification des conditions d'assurance ou du tarif, dans les conditions énumérées à l'article 21;
3. en cas de diminution du risque, dans les conditions énumérées à l'article 11.

16.3. La compagnie peut résilier le contrat :

1. après la survenance d'un sinistre, mais au plus tard un mois après le paiement ou le refus de paiement de l'indemnité;
2. en cas d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du risque à la conclusion du contrat dans les conditions prévues à l'article 10;
3. en cas d'aggravation sensible et durable du risque de survenance de l'événement assuré dans les conditions énumérées à l'article 12;
4. en cas de changement de preneur d'assurance, conformément à l'article 15;
5. en cas de faillite;
6. lorsque le preneur d'assurance reste en défaut de paiement de primes, surprimes ou accessoires conformément à l'article 19 ou en défaut de déclaration des rémunérations dans les délais fixés, conformément à l'article 18.2.2.;
7. en cas de refus du preneur d'assurance de prendre les mesures de prévention des sinistres jugées indispensables par la compagnie;
8. en cas de modification apportée aux droits belge ou étrangers et pouvant affecter l'étendue de la garantie.

PRIME

Article 17 - PAIEMENT

La prime est quérable. L'envoi d'un avis d'échéance ou d'une invitation à payer équivaut à la présentation du relevé de prime.

A défaut d'être fait directement à la compagnie, est libératoire le paiement de la prime fait à l'intermédiaire d'assurances porteur du relevé de prime établi par la compagnie ou qui intervient lors de la conclusion ou lors de l'exécution du contrat.

Les primes sont augmentées de tous impôts, taxes et redevances établis ou à établir sous une dénomination quelconque par quelque autorité que ce soit.

Article 18 - MODALITES DE CALCUL

Les primes peuvent être :

- 18.1. forfaitaires, c'est-à-dire fixées à la conclusion du contrat et payables par anticipation à l'échéance indiquée aux conditions particulières;
- 18.2. payables à terme échu sur la base des rémunérations indiquées aux conditions particulières.

Dans ce cas :

1. le preneur d'assurance verse, en exécution des dispositions prévues aux conditions particulières, une avance payable par anticipation chaque année ou par fractions semestrielles ou trimestrielles, à valoir sur la prime définitive calculée après l'expiration de l'exercice. A la souscription du contrat, le montant de l'avance est égal au montant estimé de la première prime annuelle; il est ensuite aligné au fur et à mesure de l'établissement des décomptes, l'objectif étant toujours d'aboutir à une avance la plus proche possible de la prime définitive;
2. A la fin de chaque période convenue :
 - le preneur d'assurance ou son mandataire fournit à la compagnie les éléments nécessaires au calcul de la prime en complétant et en lui renvoyant dans les 15 jours le formulaire de déclaration qu'elle lui a adressé à cette fin;
 - la compagnie établit le décompte en déduisant, le cas échéant, le montant des avances perçues;
 - le défaut de renvoi du formulaire de déclaration nécessaire au calcul de la prime dans les 15 jours de l'envoi du rappel recommandé de la compagnie entraîne l'établissement d'un décompte d'office sur la base des chiffres de la déclaration précédente ou, s'il s'agit du premier décompte, des chiffres communiqués à la conclusion du contrat, majorés, dans l'un et l'autre cas, de 50%.

Ce décompte d'office se fera sans préjudice du droit de la compagnie d'exiger la déclaration ou d'obtenir le paiement sur la base des rémunérations réelles afin de régulariser le compte du preneur d'assurance.

3. Les particularités suivantes sont applicables en matière de déclaration de la rémunération réelle :
 - 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 18.2.2., la compagnie leur substituant le pourcentage fixé par la législation en matière de vacances annuelles. Les allocations complémentaires de vacances et toutes sommes constitutives du salaire mais non payées directement par le preneur d'assurance sont, le cas échéant, déclarées sous forme de pourcentage;
 - si l'assuré se trouve en inactivité temporaire par suite d'accident, de maladie ou d'accouchement, le preneur d'assurance ne doit pas déclarer la rémunération non payée à cet assuré pendant la période d'absence si celle-ci est inférieure ou égale à 12 mois consécutifs.
Si la période d'absence est supérieure à 12 mois consécutifs, le preneur d'assurance a la faculté de déclarer la rémunération relative à l'assuré pour la période d'absence excédant les 12 premiers mois, afin que la garantie reste acquise à ce dernier.

Article 19 - DEFAUT DE PAIEMENT

- 19.1. Le défaut de paiement de la prime à l'échéance donne lieu à la suspension de la garantie ou à la résiliation du contrat, à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure.
- 19.2. La mise en demeure est faite soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste. Elle comporte sommation de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.
- 19.3. La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat n'ont d'effet qu'à l'expiration du délai de 15 jours cités à l'article 19.2. ci-dessus.
- 19.4. Si la garantie a été suspendue, le paiement par le preneur d'assurance des primes échues, augmentées s'il y a lieu des intérêts, met fin à cette suspension.
- Lorsque la compagnie a suspendu son obligation de garantie, elle peut résilier le contrat si elle s'en est réservé la faculté dans la mise en demeure qui a été adressée au preneur d'assurance. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension.
- Si la compagnie ne s'est pas réservé la faculté de résilier le contrat dans la mise en demeure, la résiliation ne pourra intervenir que moyennant une nouvelle sommation faite conformément à l'article 19.2.
- 19.5. La suspension de la 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'article 19.2.
- Le droit de la compagnie est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives.
- 19.6. L'envoi du rappel recommandé rend exigibles des intérêts de retard courant de plein droit et sans mise en demeure à partir du 31ème jour suivant la date de l'établissement du relevé de prime.
- Les intérêts de retard sont calculés aux taux des intérêts légaux.

Article 20 - CONTROLE

La compagnie se réserve le droit de vérifier les déclarations du preneur d'assurance qui s'engage, à cet effet, à mettre à sa disposition et à celle de ses délégués tous livres comptables et autres documents pouvant servir à contrôler les déclarations.

Article 21 - MODIFICATION TARIFAIRE OU DES CONDITIONS D'ASSURANCE

Si la compagnie modifie son tarif, elle a le droit de modifier le tarif du présent contrat à partir de l'échéance annuelle de prime suivante.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification au moins quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat trois mois au moins avant cette échéance. De ce fait, le contrat prend fin à cette échéance.

Si le preneur d'assurance est averti de la modification moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, il a le droit de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter de l'envoi de la notification de modification. Dans ce cas, le contrat prend fin à l'expiration d'un délai d'un mois, à compter du lendemain du dépôt à la poste de la lettre recommandée de résiliation, mais au plus tôt à la date d'échéance annuelle qui suit la notification de modification.

Les principes énoncés en matière de modification tarifaire sont d'application en cas de modification des conditions d'assurance.

La faculté de résiliation prévue aux deuxième et troisième alinéas n'existe pas lorsque la modification tarifaire ou la modification des conditions d'assurance résulte d'une disposition légale ou réglementaire.

SINISTRE

Article 22 - DECLARATION

22.1. Tout accident doit être déclaré par écrit à la compagnie dès que possible et au plus tard dans les 8 jours de sa survenance ou, à défaut, aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire, la déclaration devant être accompagnée du certificat médical. La compagnie doit être avisée immédiatement de tout décès.

Passé ce délai, les indemnités ne seront dues qu'à partir du jour où la déclaration et le certificat médical seront parvenus à la compagnie, sans préjudice des dispositions de l'article 22.5.

22.2. L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

Ainsi, l'assuré doit suivre pendant tout le temps nécessaire le traitement médical prescrit.

22.3. L'assuré 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.

L'assuré doit adresser à la compagnie un certificat médical dans les 8 jours pour l'aviser de chaque changement dans son état.

L'assuré doit aussi :

- faciliter les constatations de la compagnie,
- répondre dans les 8 jours à toute demande de renseignement,
- recevoir les délégués de la compagnie,
- se soumettre aux contrôles prescrits.

En cas de décès de l'assuré, la compagnie se réserve le droit d'exiger l'autopsie et n'est tenue à aucune indemnité si elle lui est refusée.

22.4. L'assuré s'engage à effectuer en Belgique et à l'étranger toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais de traitement et d'hospitalisation auprès des organismes repris à l'article 5.4.3.

22.5. Si l'assuré ne remplit pas une des obligations prévues ci-avant, la compagnie pourra :

- réduire la prestation due à concurrence du préjudice qu'elle a subi,
- décliner sa garantie si l'assuré a agi dans une intention frauduleuse.

Article 23 - SUBROGATION

La compagnie est uniquement subrogée dans les droits du preneur d'assurance ou du bénéficiaire contre les tiers responsables de l'accident pour les débours qu'elle aurait effectués dans le cadre des garanties "frais de traitement et d'hospitalisation" et "responsabilité civile patronale".

Sauf en cas de malveillance, la compagnie n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint ou le partenaire cohabitant et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique. Toutefois, la compagnie peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

Article 24 - EXPERTISE MEDICALE

En cas de contestation sur la réalité ou le degré de l'invalidité permanente, le différend est soumis contradictoirement à deux médecins-experts. A cette fin, chaque partie désigne un médecin-expert.

Faute d'arriver à un accord les deux médecins font appel à un troisième médecin. Ces trois experts statuent en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième expert est prépondérant. Les médecins-experts sont dispensés de toutes formalités.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin-expert ou si les deux médecins-experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance du domicile en Belgique de la victime ou, à défaut, du siège en Belgique de l'entreprise.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son médecin-expert et intervient pour moitié dans ceux du troisième.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 25 - PLURALITE DE PRENEURS D'ASSURANCE

Ils sont tenus solidairement et indivisiblement; toute communication de la compagnie à l'un d'eux est valable à l'égard de tous.

Article 26 - ELECTION DE DOMICILE

Toutes communications et notifications sont valablement faites :

- à la compagnie : à l'un de ses sièges d'exploitation en Belgique,
- aux assurés ou au preneur d'assurance : à l'adresse du preneur d'assurance qui est indiquée en conditions particulières ou à sa dernière adresse qu'il a fait connaître à la compagnie.

La date de toute notification est celle de la poste.

Article 27 - LOI APPLICABLE

- 27.1. Le contrat est régi par la loi belge.
- 27.2. Les garanties ont un caractère forfaitaire, sauf les garanties "frais de traitement et d'hospitalisation" et "responsabilité civile patronale" qui présentent un caractère indemnitaire.
- 27.3. Tout problème relatif au contrat peut être soumis par le preneur d'assurance à la compagnie par l'entremise de ses intermédiaires habituels. Si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu la solution adéquate, il peut s'adresser à l'Ombudsman des Assurances, square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (fax n° 02 547 59 75, e-mail : info@ombudsman.as) ou encore à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA), rue du Congrès 10-16 à 1000 Bruxelles (fax n° 02 220 58 17, e-mail : cob@cbfa.be), sans préjudice de la possibilité de demander l'intervention de la justice.

Vous avez besoin de vivre confiant et d'assurer la pérennité de votre entreprise. Notre métier est de vous proposer les solutions qui protègent votre entourage professionnel.

Chez AXA, c'est cela notre conception de la protection financière.

AXA Belgium vous aide à :

**anticiper les risques,
protéger et motiver votre personnel,
protéger les locaux, machines et marchandises de toute détérioration,
préserver les résultats,
réparer les conséquences des dommages causés à autrui.**

www.axa.be

4350121 - 04.2004



AXA Belgium, S.A. d'assurances agréée sous le n° 0039 pour pratiquer les branches vie et non-vie
(A.R. 04-07-1979, M.B. 14-07-1979) ● Siège social : boulevard du Souverain 25 - B-1170 Bruxelles (Belgique)
Internet : www.axa.be ● Tél. : (02) 678 61 11 ● Fax : (02) 678 93 40 ● RPM/TVA BE 404 483 367

Vivre Confiant